



Universidad
Monteávila

RIF: J-30647247-9

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD MONTEÁVILA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN
ESCUELA DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Más del 11% de los médicos venezolanos murieron por COVID-19

Reportaje informativo respecto a la realidad de los médicos venezolanos frente a la COVID-19 en Caracas, Venezuela.

Proyecto Final de Carrera

Autores

Chapellin Rendon, Valery (V-28.052.050)

Gonzalez Gordils, Victoria Eugenia (V-28.218.648)

Profesor coordinador:

Mariela Vázquez

Caracas, 10 de junio del 2022

Dedicatoria

A todo el personal de salud venezolano, por su dedicación y vocación en la lucha contra la COVID-19. Merecen respeto y admiración, son fuentes de inspiración.

También le dedicamos este proyecto a los pacientes y médicos que perdieron la vida por la enfermedad, especialmente a ti, abuela Ana.

Agradecimientos

A nuestros padres y familia, por su apoyo incondicional y brindarnos la oportunidad de cumplir nuestro sueño en la Monteávila.

A Dios, por aportarnos la sabiduría para llevar a cabo este proyecto.

A nuestra tutora Mariela, por ser nuestra guía y quien nos hizo enamorarnos del periodismo.

A todos los médicos que colaboraron con la realización de este reportaje, por su incansable labor que ayudó a materializar este proyecto.

A la Universidad Monteávila por formarnos y ser un espacio que consideramos como nuestra segunda casa.

Índice

Resumen	5
Presentación del Proyecto	6
Planteamiento del problema u oportunidad	6
Objetivo general	7
Objetivos específicos	7
Justificación e importancia del proyecto	8
Modalidad	8
Fundamentos teóricos	8
Estrategia	17
Propuesta	23
Conclusiones	50
Recomendaciones	51
Referencias	52
Anexos	53

Resumen

La llegada de la COVID-19 marcó un antes y después tanto en la medicina como en la vida de la sociedad. Los médicos han tenido un papel fundamental en el desarrollo de la enfermedad, ya que se mantienen en primera fila confrontándola y han sido testigos del comportamiento de la misma a lo largo de dos años de pandemia.

Dicho compromiso ha sido motivación para crear un reportaje informativo con el objetivo de conocer sus vivencias y experiencias con el manejo del virus y cómo ha cambiado su vida luego de estar presentes en la lucha contra la enfermedad.

Además de eso, se respaldaron sus historias con datos y cifras que permitieran ubicar al lector en tiempo y espacio, para conocer el entorno de cómo ha reaccionado la COVID-19 en Venezuela y los desafíos que ha tenido el personal de salud para sobrellevar la situación en plena crisis sanitaria.

Palabras clave: COVID-19, enfermedad, personal médico, crisis sanitaria, Venezuela.

Presentación del Proyecto

Este proyecto se propone realizar un reportaje de investigación sobre la realidad de los médicos venezolanos durante el desarrollo de la COVID-19, específicamente en la ciudad de Caracas y el estado Miranda. La principal motivación para llevar a cabo este proyecto es exponer las vivencias y procesos por los cuales los profesionales de la salud han atravesado durante la pandemia.

A través de este género periodístico, se pretende recabar información por parte de fuentes vivas privilegiadas que manejaron la enfermedad en primera fila, para así poder contrastarlo con datos y cifras de distintas organizaciones que sirvan como fuentes documentales.

Se busca comprender desde un punto más profundo y detallado las diversas realidades que tuvieron que afrontar los médicos venezolanos durante el desarrollo del virus, desde la crisis sanitaria hasta las consecuencias mentales que dejó en ellos, con el objetivo de enaltecer su labor y dedicación al salvar vidas en medio de una pandemia.

A lo largo del reportaje, se encuentran distintos temas de interés que fueron determinantes en el desenvolvimiento del personal médico, desde la llegada de la COVID-19 hasta la actualidad, mostrando la evolución que ha tenido la enfermedad en Venezuela y en sus vidas personales, por lo que fue necesario la utilización de información de interés que fuera relevante durante los últimos dos años, lo cual se entrelazaron con sus historias y anécdotas.

Planteamiento del problema u oportunidad

Desde diciembre del 2019, el mundo experimentó un cambio radical en su manera de vivir y de llevar a cabo las rutinas cotidianas, teniendo que adaptarse a un nuevo orden mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la presencia de una nueva enfermedad infecciosa provocada por el SARS-CoV-2 (nuevo coronavirus), convirtiéndose en una pandemia desde el mes de marzo del año 2020.

Venezuela registró su primer caso de coronavirus en marzo del mismo año, en la ciudad de Caracas. Los médicos venezolanos han sido protagonistas desde entonces en el desenvolvimiento de la enfermedad; sufriendo altos riesgos a nivel emocional, personal y laboral, sin tener la visibilidad o reconocimiento que sus experiencias merecen.

El presente trabajo se justificó con base en la oportunidad de efectuar un espacio para la investigación y presentación de información de interés, dándole mayor exposición a las experiencias de los doctores en los últimos dos años, los cuales han estado en primera línea frente a la evolución del virus en la ciudad capitalina.

Para esto se utilizaron las vivencias de médicos venezolanos con diferentes especialidades y sectores de trabajo (domiciliario, privado y público), logrando así una perspectiva más amplia de la labor que estos han realizado desde marzo de 2020.

Este nuevo punto de estudio se considera innovador, ya que son escasos los trabajos dentro del país que se han dedicado a recopilar historias, anécdotas y relatos de los héroes de la salud, dándole mayor enfoque y visibilidad en los pacientes o el virus como tal.

Objetivo general

Elaborar un reportaje para conocer la realidad de los médicos venezolanos en primera línea frente a la COVID-19 en la ciudad de Caracas y el estado Miranda.

Objetivos específicos

- Identificar el mapa de actores y fuentes privilegiadas.
- Diseñar la estrategia para recabar la información y testimonios por parte de los profesionales de la salud.
- Realizar entrevistas a las fuentes vivas.
- Selección de datos, cifras e información relevante.
- Redacción y edición del reportaje.

Justificación e importancia del proyecto

Se considera un tema de relevancia debido a que se trata de una enfermedad que afectó al mundo en su totalidad, alterando los parámetros de una vida normal y los hábitos de la misma, que a más de dos años de su aparición sigue siendo un tema de actualidad. La COVID-19 ha sido causante de más de 6 millones de muertes a nivel mundial hoy en día.

Frente a esto, el interés radica en la producción de un texto periodístico donde se plasmen anécdotas por parte de los servidores de la salud para brindarle reconocimiento a su labor y entrega. Asimismo, se plantea el objetivo de que el documento pueda perdurar con el paso de los años y sea evidencia del esfuerzo realizado por todo el personal médico.

El Proyecto Final de Carrera (PFC) se realizará con la finalidad de presentar un trabajo detallado y novedoso, aportando datos específicos y de importancia para el conocimiento del tema.

Modalidad

Este trabajo se ejecutará bajo la modalidad de producción de textos periodísticos (reportaje de investigación), con fuentes vivas y documentales.

Fundamentos teóricos

El ser humano, como ser sociable, se vale de la comunicación para conocer e informarse de su entorno, a través de esta obtiene la capacidad de poder entender lo que está más allá de los sentidos. Estas formas para relacionarse con su alrededor, crean la necesidad de investigar e indagar el mundo en el que se desarrolla, así como los elementos que lo conforman, para establecer lazos que optimicen su desenvolvimiento.

Por lo tanto, la comunicación es parte esencial de las relaciones desde nuestra creación. Existen diferentes procesos que permiten que la divulgación de

información se cumpla correctamente. Por esta razón, es de suma importancia conocer los procesos y cómo pueden generar un canal que logre dejar una huella en las personas realmente interesadas, con la transmisión de la verdad como prioridad.

El periodismo recaba, analiza y expone información para que las masas logren comprender y conocer qué pasa en el mundo donde viven, cuál es la realidad a la que se enfrenta la sociedad y descubrir las distintas consecuencias que pueden tener los hechos; de esta manera, es, con total seguridad, uno de los principales métodos para comunicarse, el cual mediante un qué, quién, dónde, cómo, cuándo y porqué logra llevar noticias veraces, útiles y de interés.

Según la Real Academia Española, dicho concepto

(...) nace de la raíz de *periódico e -ismo* siendo la actividad profesional que consiste en la obtención, tratamiento, interpretación y difusión de informaciones a través de cualquier medio escrito, oral, visual o gráfico.

Del mismo modo, Carlos Marín y Vicente Leñero señalan que el periodismo es una forma de expresión social sin la cual el hombre conocería su realidad únicamente a través de versiones orales, resúmenes, interpretaciones, relatos históricos y anecdóticos (Marín, 1986, p.10).

Se conoce que el periodismo: “es una actividad humana orientada a la elaboración y transmisión de mensajes masivos que reflejan la realidad de un colectivo. Las diferentes formas estilísticas que se utilizan para elaborar y transmitir esos mensajes es lo que se denominan géneros periodísticos” (Lizano, 2010, p.1).

Dentro de la labor periodística, existen ciertos parámetros para desarrollar y presentar una noticia, debido a que no todo acto es considerado como informativo. La periodista Stella Martini, en su libro “Periodismo, noticia y noticiabilidad”; establece distintos criterios, asegurando que los mismos son una herramienta para que el periodista pueda identificar la densidad significativa de los acontecimientos y evaluar si cuenta con todas las características para ser considerado un elemento noticioso.

Se busca transmitir noticias que aporten conocimiento y relevancia al público. “La noticia debe ser la transmisión de los acontecimientos tal cual ocurren con —lo que se ve o se escucha—, sin hacer ninguna valoración de los mismos”. (...) Relato periodístico de un hecho consumado o su anuncio de parte de fuentes confiables y pertinentes que es de interés colectivo, apegado a los hechos, honestos y que es transmitido a través de un medio de comunicación social” (Lizano, 2010, p.28).

Según Martini (2000), los criterios de noticiabilidad son los siguientes:

- Novedad: es la marca que define la noticia porque es "índice de la variación en el sistema", que implica la existencia del hecho como ruptura (Rodrigo Alsina, 1996, p.98). Establece que la noticia debe tener un margen de tiempo, debe ser reciente.
- Originalidad, imprevisibilidad e ineditismo: refuerzan la marca de novedad de un hecho, permiten su énfasis, apelan a la curiosidad que pueda despertar, y a la inquietud que provoca. La manera en la que se presenta una noticia depende del periodista y de la forma en la que lo transmita al público, siempre apegándose a los hechos.
- Evolución futura de los acontecimientos: marca la significatividad que el acontecimiento adquiere respecto de las expectativas en la sociedad. El cuerpo y sustancia de una noticia es clave para el público, de esto depende su duración e importancia.
- Proximidad geográfica del hecho a la sociedad: se conecta con los centros de interés público. Cuanto más cerca del público ocurre el hecho, más noticiable resulta. El impacto de la información dependerá de la cercanía que tiene hacia una población determinada. Una noticia que expone un medio europeo sobre la crisis económica de Italia va a tener mayor relevancia en dicho continente que en un país americano. Sin restarle importancia al hecho, solo enfocando la atención en el público interesado e implicado debido a la cercanía.
- Magnitud por la cantidad de personas o lugares implicados: se conecta con la potencial implicación del público al que la noticia va dirigida, e implica su gravedad. Al transmitir una información, es esencial la identificación del público que podría estar afectado actualmente o en un futuro.
- Jerarquía de los personajes implicados: apela a las apariciones o la presencia pública de personajes conocidos que son siempre noticia. Dentro de los elementos para tomar en cuenta al momento de informar, está la presencia de personajes de interés público; sean políticos, famosos, actores, cantantes, entre otros. Es un elemento fundamental en el impacto de la noticia en la opinión pública.

- Inclusión de los desplazamientos: son útiles para la práctica periodística porque son hechos anunciados, previstos, con una organización detrás, y resultan más fácilmente abordables. Otro de los factores que puede influir en una noticia es alguna actividad de interés, llámese un viaje de un famoso, alguna celebración, competición, gira, entre otros.

Estos criterios son tanto básicos como primordiales para la creación y desarrollo de una noticia en cualquier ámbito.

Los géneros periodísticos cumplen un papel fundamental, ya que de acuerdo a la información que tengamos, se puede emplear un estilo que nos ayude a que nuestro mensaje llegue, permitiendo diferenciar y categorizar los diferentes textos informativos y de opinión. Vásquez Ossa (2005, p.13), citado por Lizano (2010) en el libro "Manual de Géneros Periodísticos", establece que dichas expresiones están ante todo definidas por la forma en que el periodista presenta el mensaje al público y por los objetivos que se propone al hacerlo —informar y orientar—, aunque cada vez la frontera entre estos fines sea menos rígida.

Los géneros periodísticos “envuelven a las palabras y transmiten a los lectores datos relevantes acerca del enfoque de lo que se está leyendo” (Grijelmo, 2008, p.28).

Dentro de los mismos, se encuentra el reportaje; el cual en su desarrollo brinda datos precisos e información referente a un tema en específico, de manera detallada. El término reportaje procede del latín “*reportare*”, el cual significa llevar o traer una noticia. Según Cebrián Herreros, el reportaje es ante todo un género informativo en el que predomina la forma narrativa, la humanización del relato y el uso de un lenguaje próximo al literario, aunque siempre sometido a la objetividad de los hechos contados (1992. p.147).

Otra definición acerca del reportaje la ofrece Carlos Marín, el cual afirma que es el más vasto de las expresiones periodísticas. En él, caben todas las demás. Es un estilo complejo que suele contener noticias, entrevistas, o crónicas, así como elementos de otros recursos literarios, como el ensayo, la novela corta y el cuento.

Para Álex Grijelmo, el reportaje es un texto informativo que incluye fundamentos noticiosos, declaraciones de diversos personajes, ambiente, color, y que, fundamentalmente, tiene carácter descriptivo (2008, p.66).

La creación de un reportaje involucra datos, nombres, cifras, citas, información detallada. Por ende, es fundamental la implementación de una técnica compleja que permita recabar de forma óptima el material informativo.

Carlos Abreu en su obra “El reportaje: género mayor del periodismo”, establece los pasos de la técnica para llevar a cabo un reportaje. Partiendo desde tres grandes fases iniciales donde comienza toda la recolección de información.

- Planificación: lo primero que tenemos que hacer cuando vamos a realizar un reportaje es precisar cuál será el hecho que trataremos en profundidad mediante este género.
- Investigación: como el reportaje es un género que requiere del tratamiento profundo de los hechos, después de tener bien definido el tema a tratar, hay que proceder a investigar.
- Redacción: una vez terminada la investigación, falta la base de redacción para concluir el reportaje.

Luego de cumplir con dichas fases, se procede a la realización del mismo, siguiendo una estructura establecida para que cumpla con los parámetros de un reportaje, el cual está constituido por:

1. Estructura: en el reportaje podemos hablar de una estructura interna y una externa. La estructura interna está compuesta por el encabezamiento o entrada, el cuerpo y el final del trabajo.

1.1.Encabezamiento: lo importante es que logre no solamente asir y enganchar al lector, sino además que lo incite a “devorarse” todo el reportaje.

1.2.El cuerpo: el desarrollo o reportaje le ofrece al periodista varias alternativas de ordenación: cronológica, aspectos temáticos, entre otras. Lo importante es que inserte de manera orgánica, sistemática y coherente lo que ha conseguido a través de la investigación.

1.3.El final: un buen método para finalizar consiste en hacer que “la culebra se muerda la cola”, es decir, terminar el reportaje con la idea inicial esbozada en la entrada, en una suerte de conclusión.

2. Presentación: se logra mediante el titular del reportaje que es como el título de una película: si es poco llamativo, muchos dejarán de verlo. Además, debe estar relacionado con el contenido del trabajo.

3. Ilustración: se hace mediante fotografías, dibujos, caricaturas y/o gráficos informativos. La ilustración debe ser un complemento del mensaje escrito, algo que ayude al lector a comprender y visualizar lo que se informa.

Según Abreu, el reportaje presenta varias ramificaciones, con diferentes objetivos y planteamientos.

1. Informativos: este tipo de reportaje permite a su autor contar vivencias personales en acontecimientos de interés público.
2. De actualidad: tiene como base una información reciente, la cual es tratada en profundidad generalmente a través de una investigación en fuentes documentales, vivas y/o de la observación.
1. Históricos: un hecho reciente puede hacer que un acontecimiento de la historia pueda actualizarse a través de un reportaje.
2. Institucionales: en este tipo de reportajes, lo fundamental es informar sobre todos aquellos aspectos de importancia periodística relacionados con la institución objeto del trabajo.
3. Frívolos: son los que se refieren a hechos triviales, impregnados de sensiblería - los hobbies de la burguesía -
4. Interpretativos: el género por excelencia del periodismo interpretativo es el reportaje.
5. Investigativo: es una etiqueta, un nombre que se le da a un producto periodístico.
6. Gráficos: tiene como núcleo básico las fotografías noticiosas. Al reportaje gráfico, podemos definirlo como la sucesión de imágenes - por lo general unas cuatro o cinco - relacionadas con un mismo asunto y acompañadas por un texto breve.

Además, Robinson Lizano asegura que también clasificarían los descriptivos y de preguntas.

Al identificar los diferentes tipos existentes a la hora de realizar un reportaje, nos permiten analizar y elegir el más apropiado dependiendo del material informativo y lo que se desee comunicar.

Para la realización de este texto, el tipo de reportaje que cumple con las características de lo que se desea transmitir y de la información que se ha recabado es el informativo; debido a que a través de datos, experiencias, vivencias y detalles logramos transportarnos al hecho y acercarnos de la manera más emocional posible.

Alex Grijelmo asegura que una novela entera puede escribirse con la técnica del reportaje; incluso un reportaje puede convertirse en una novela de hechos reales (2008, p.66).

La COVID-19 es un tema emocional, debido a que su origen fue incierto y fue la razón de la muerte de millones de personas a nivel mundial. Para los médicos, es un tema que los conecta con todo aquello que vivieron y siguen atravesando día tras día cuando tratan a un nuevo paciente positivo. Al conocer sus experiencias, anécdotas y vivencias, nos plantearon la línea guía de cómo armar sus historias.

La vida de todo el planeta cambió de un momento a otro, las rutinas fueron interrumpidas y en todos los continentes se repetía con más fuerza la palabra “coronavirus”.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2020):

Los coronavirus (CoV) son una amplia familia de virus que pueden causar diversas afecciones, desde el resfriado común hasta enfermedades más graves, como ocurre con el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) y el que ocasiona el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS-CoV).

Además, hacen énfasis en que ciertamente el coronavirus no es una enfermedad reciente. Sin embargo, se detectó una nueva cepa que no había sido identificada en seres humanos en 2019.

El reportaje informativo, gracias a su toque literario, permite que a través de la redacción se pueda conectar con el lector de manera emocional y cercana, que mientras lee línea tras línea pueda sentirse parte de la historia, como si lo presenciara mientras se desarrolla cada hecho.

Hemos elegido este tipo de reportaje debido a que es el que más se adecua a las historias relatadas por los médicos, ya que involucra tanto fuentes documentales, para aportar datos específicos debidamente verificados y fuentes vivas para conocer las experiencias a profundidad, con detalles a flor de piel, que nos permiten vivir las anécdotas al máximo.

Es importante precisar la diferencia entre dos de los tipos de reportaje, como lo son el informativo y el de interpretación. Aunque ambos tengan ciertas similitudes al pertenecer al mismo género periodístico, guardan diferencias específicas, sobre todo a nivel de objetivos. El reportaje informativo va dirigido a las emociones del lector, buscando impresionar a través de los datos e historias creadas para su deleite. Mientras que el interpretativo mediante datos y estadísticas, tiene como fin persuadir y convencer a la mente del lector, comprobando una hipótesis a través de los hechos, causas y consecuencias que origine el tema.

Hacer un reportaje informativo es como sentarse a escribir una historia con hechos reales y verificables, además sustentados con fuentes documentales que le brindan más veracidad al tema que se está tratando. Las historias son aquellas piezas que forman un perfecto rompecabezas, cada una de ellas guarda una experiencia diferente con detalles que permiten profundizar e imaginar la situación.

Un ejemplo guía es “Noticia de un secuestro” de Gabriel García Márquez, considerado uno de los reportajes informativos más famosos a nivel mundial por la profundidad de su investigación y relato de los hechos. A través de los detalles tipo crónica, García Márquez logró que existiera una intriga en el lector, dando pie a que le llamara la atención lo que ocurría y no pudiera parar de leerlo.

Ese es el objetivo de un reportaje, crear en el público la necesidad de seguir leyendo y conociendo la historia al máximo, tanto que puedan imaginarse en el contexto y vuelen a través de cada pequeño detalle que conforma todo el material periodístico.

Las fuentes documentales son esenciales en la producción de este tipo de reportaje, ya que permite formar la historia siendo una fuente más, con datos y detalles que aportan al trabajo final. Asimismo, en su contenido también encontramos estadísticas que constatan la información que los entrevistados brindan.

Al momento de querer transmitir una historia de manera periodística, la realización de un reportaje informativo es ideal para acercarnos al público y que ellos puedan conocer más sobre el tema a tratar, siempre sustentado con datos de calidad y elementos investigados.

Por esta razón, se considera de gran importancia la elección de este tema para el desarrollo de este reportaje informativo, con el fin de presentar y brindar información de calidad con datos y detalles precisos a efecto de la investigación previa.

Estrategia

La idea de este proyecto nació en vista del impacto que sufrieron los médicos venezolanos con la llegada de la COVID-19 en medio de la crisis sanitaria que enfrenta el país desde hace más de 6 años. Al igual que la poca exposición y atención que han tenido estos a nivel de sus experiencias en el desarrollo de la enfermedad.

A través de la historia de un profesional de la salud desafiando esta enfermedad, entendimos la relevancia de su labor y la ventana de oportunidades de investigación que tienen sus vivencias. Por lo mismo, nos embarcamos en este viaje para conocer las historias que otros médicos nos podían aportar.

La modalidad de textos periodísticos se acopló a la perfección en la realización del proyecto, para poder transmitir desde un punto objetivo e informativo cada una de las anécdotas que el personal de la salud experimentó luego de dos años de pandemia. El reportaje informativo fue el género periodístico seleccionado, porque su formato se adapta a las necesidades del proyecto, ya que por medio de los detalles se logra una empatía con el lector.

Con la unión de fuentes vivas y documentales se pudo desarrollar el tema con un sentido periodístico y de interés para el público. Para esto se tomó en cuenta los criterios de noticiabilidad, como lo son:

- Novedad: a dos años de la aparición del virus, todavía se mantiene como un tema relevante para la sociedad, debido a sus cambios y mutaciones. Continúa siendo importante por su desconocimiento en muchas áreas, lo que permite la investigación y atención, sobre todo en las experiencias de los médicos encargados, porque no es una tema que se presente frecuentemente.
- Originalidad, imprevisibilidad e ineditismo: en Venezuela, hasta los momentos, no se ha realizado un estudio donde se registren las experiencias, efectos y consecuencias que ha tenido la COVID-19 en el personal sanitario,

por lo que decidimos llenar este vacío con información inédita y de primera mano de quienes vivieron la enfermedad en primera línea.

- Evolución futura de los acontecimientos: la COVID-19 ha marcado una pauta en el desarrollo de la sociedad desde 2020, debido a que superó cualquier tipo de expectativa, fue algo inesperado y que nadie había vivido recientemente, por ende se sigue considerando uno de los temas más importantes a nivel mundial. Esta situación aún no culmina y persiste el riesgo en la salud pública de contraer esta enfermedad.
- Proximidad geográfica del hecho a la sociedad: el reportaje se basa en las vivencias de los médicos venezolanos y su desarrollo dentro del país, por lo que involucra aspectos como el estado del sector sanitario, la economía y la mortalidad, impactando directamente a la población.
- Magnitud por la cantidad de personas o lugares implicados: el impacto que ha tenido la enfermedad ha afectado a todas las personas a nivel mundial, sin importar su raza o sexo, por lo que Venezuela no fue la excepción. Por lo tanto, la magnitud de este tema supera las fronteras, se habla de un aspecto que es de interés público y que aflige de manera general.
- Jerarquía de los personajes implicados: al hablar del impacto de la COVID-19 en los médicos venezolanos, es esencial la presencia de doctores que han trabajado con el virus, que se desenvuelven en distintos ámbitos, para recopilar su experiencia y poder realizar el reportaje, ya que estos son el foco central a estudiar.
- Inclusión de los desplazamientos: debido a la importancia que ha tomado la enfermedad, es oportuno mantenerse en constante actualización de la información y cambios que surjan dependiendo de su comportamiento. Por ende, la sociedad actualmente se encuentra atenta a noticias que sean referentes a la COVID-19.

La selección de fuentes es fundamental para el desarrollo de un reportaje informativo, tanto vivas como documentales, por lo mismo nos enfocamos en contactar a médicos venezolanos que tuvieran una vasta experiencia tratando pacientes COVID-19, para que pudieran aportar información relevante. Las vías para establecer contacto con los mismos fueron tanto de manera presencial, como a través de los medios formales como correo electrónico.

La primera entrevista realizada fue con Ninosca Giménez, médico internista - intensivista, quien se desenvuelve principalmente en la medicina domiciliaria, impulsada por la COVID-19. Además, de prestar su servicio en el Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño durante las primeras olas de contagio.

En búsqueda de otras experiencias médicas, la segunda entrevista fue con Nicole Alvarado, médico emergencista, quien enfrentó al virus en la ONG "Ángeles en las vías", atendiendo de forma domiciliaria, al igual que en el Hospital Vargas de Caracas de forma ocasional.

Ambas entrevistadas compartieron sus experiencias referente a lo que la salud domiciliaria venezolana se refiere, especificando la forma en la que manejaron la enfermedad con los recursos con los que contaban. Además, brindaron puntos de vista donde expresan cómo se vive la pandemia en hospitales caraqueños.

Con una perspectiva de la salud privada, la tercera entrevistada fue Maritza Durán, médico internista, perteneciente a la junta directiva de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna (SVMI) y encargada del área de Terapia Intensiva de la Clínica el Ávila, quien nos aportó datos precisos respecto al comportamiento de la enfermedad en dicha institución y de qué manera han trabajado para manejar el virus.

La principal representante del área hospitalaria fue Maira Campos, médico general anestesiólogo, la cual estuvo trabajando durante el primer año de pandemia en el Hospital Domingo Luciani, durante las prácticas de su postgrado, dando una visión profunda acerca del comportamiento del virus en este centro sanitario, al igual que las limitantes y desafíos que conllevó. Actualmente, se encuentra en Clínica Atia.

Por último, David Martín, médico ginecobstetra, fue el especialista del reportaje dando información privilegiada sobre el desarrollo e impacto de la COVID-19 en las mujeres embarazadas, siendo una población en riesgo, así como las alteraciones que sufrió su especialidad a comienzos de la pandemia. Martín es el coordinador de la sala de parto obstétrico de la Clínica El Ávila.

Para llevar a cabo las entrevistas, se realizó un guion, el cual contiene preguntas para poder compilar la mayor cantidad posible de información, tocando temas de interés público y general, como lo es: el riesgo de ser médico en pandemia, los insumos limitados con los que contaron para afrontar la enfermedad, el impacto emocional y mental, cómo afrontar la muerte, las enseñanzas y aprendizajes que les dejó este proceso, entre otras.

Constó de 17 preguntas base que sirvieron de guía para recopilar cerca de 5 horas de anécdotas, experiencias y datos que cubrieron las fuentes vivas en la realización del reportaje. En el caso del especialista en ginecología, se escribió un guion diferente que se adaptara a su campo.

Las entrevistas fueron realizadas de forma presencial (Giménez, Alvarado, Campos) y a través de la plataforma de videoconferencias Zoom (Durán, Martín), siendo grabadas y archivadas en formato audio.

Luego de contar con todas las grabaciones, se transcribieron cada una de ellas, resaltando los datos y anécdotas de mayor relevancia para el objetivo del reportaje. De esta manera, se logró construir cada una de sus vivencias acompañadas por cifras que complementaban sus historias.

Las transcripciones facilitaron la forma en la que se redactó la propuesta, ya que la información estaba a la mano para la selección de los puntos más relevantes y la extracción de citas, que le darían un toque personal y humano al trabajo final.

Respecto a fuentes documentales, se eligieron a organizaciones oficiales que brindan estadísticas sobre la enfermedad. Una de ellas fue la Organización Mundial de la Salud (OMS), considerada la fuente principal de información en cuanto a la

COVID-19 desde su aparición. En el ámbito regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha trabajado de la mano con la OMS para el aporte de estudios que instruyan a la población referente al tema, así como brindar informes y comunicaciones de interés.

En Venezuela, la SVMl a través de sus revistas clínicas han dedicado un espacio para mencionar temas referentes al desarrollo del virus desde una perspectiva médica, aspectos que encajaban perfectamente con nuestro reportaje debido a la precisión del tema y los voceros. En cuanto a los datos oficiales, el gobierno de Nicolás Maduro por medio de su plataforma Patria actualiza las cifras tanto nacionales como internacionales, sirviendo de utilidad para crear un contexto de la situación diaria en el país.

Por otro lado, la organización Médicos Unidos Venezuela (MUV) se dedicó durante el desarrollo de la pandemia a ofrecer cifras e informaciones actualizadas sobre el impacto de la COVID-19 en el país, las cuales se oponen a lo comunicado por el Estado, por lo que resulta una dualidad que se enfrentó a lo largo del trabajo.

Gracias a la realización de los fundamentos teóricos, se pudo refrescar los conceptos y procesos sobre el reportaje, que sirvieron para poder estructurar de una manera clara y concisa el trabajo realizado. Además, nos permitió conocer y adentrarnos en la esencia del reportaje, sirviendo como inspiración en cómo queríamos llevarlo a cabo, al igual que cómo desarrollar los datos y la información que las fuentes vivas nos aportaron.

Debido a la gran cantidad de información personal y emocional que las fuentes vivas revelaron, fue necesario aplicar otro género periodístico, las crónicas, para poder presentar en forma de relato la experiencia más impactante y significativa de cada uno de los entrevistados, generando una conexión entre el lector y el médico. Este método permitió ofrecer pequeñas historias de lo que significa ejercer la medicina en medio de una pandemia.

Al momento de realizar el reportaje, se definió su orden a través de intertítulos que dieran la bienvenida a cada tema que se iba a tratar. En cuanto al desarrollo de los

mismos, se respetó la distribución de un reportaje, como lo es: encabezamiento, cuerpo y final. En cuanto a la introducción, se presentó el contexto de lo que ha pasado en los últimos dos años de pandemia desde su inicio hasta su llegada al país y de qué manera fue asimilada por los médicos.

Respecto al desarrollo, el enfoque estuvo en la conducta del virus y del ensayo-error que existía mientras que los médicos se adaptaban a una enfermedad desconocida y todos los aspectos que eso involucra, como la automedicación, mortalidad por la enfermedad y la ginecología con COVID-19. Por último, dedicamos un espacio para presentar los aprendizajes de los médicos y qué se llevaban del virus, hablando desde su parte más profunda y sensible.

Un aspecto esencial del reportaje fue el tema respecto a la muerte del personal sanitario, siendo el quinto intertítulo debido que a pesar de ser el tema más importante, ya que incluye el título del trabajo, era necesario darle espacio al contexto para poder transmitir la importancia merecida a todos los médicos que perdieron la vida enfrentándose a la COVID-19.

Propuesta

70 % del personal de salud en Venezuela tiene síntomas de depresión

Más del 11% de los médicos venezolanos murieron por COVID-19

En mayo de 2022, el personal sanitario público gana mensualmente entre 73 y 84 dólares, según la tasa del Banco Central de Venezuela (BCV). Mientras que la Federación de Médicos Venezuela (FMV) exige un salario de \$1.500 al Ejecutivo Nacional

Valery Chapellin Rendon y Victoria González Gordils

18 de noviembre de 2020, recibo una llamada de la madre de un hombre joven de 40 años, edad que me hacía estar confiada de su recuperación. —Mi hijo no respira—, fueron las palabras que escuche a través del teléfono, sin pensarlo y con gran adrenalina, bajé corriendo hasta su piso, sin mascarilla, solo con un estetoscopio. Al verlo lo tiré al suelo y comencé RCP sin protección, se escuchaba el llanto de desesperación de la madre de fondo, mientras ya no podía hacer nada. Sintiéndome fracasada, comprendí que me pude haber contagiado de COVID-19, a eso uno se expone al salvar una vida, relató Ninosca Giménez, médico internista - intensivista.

Para la fecha, Venezuela ya contaba con 860 fallecidos por la enfermedad, según datos oficiales del Gobierno Nacional, mientras que Médicos Unidos Venezuela (MUV) confirmaba más de 80 muertes del personal sanitario.

El 31 de diciembre del 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (China) alertó sobre una “neumonía vírica”, atrayendo la atención de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por su acelerado avance. Rápidamente, se denominó como “COVID-19”, un nuevo coronavirus el cual comenzó a esparcirse por el resto del mundo, por lo que a tan solo un mes de su inicio, la organización declaró al brote

una Emergencia Sanitaria de Preocupación Internacional (ESPII), con 98 infectados y ninguna muerte.

En vista de los niveles de propagación y gravedad, la COVID-19 se convirtió en una pandemia el 11 de marzo del 2020, superando los 100.000 casos confirmados a nivel mundial, así lo informó la OMS. Durante una cadena nacional, Delcy Rodríguez, Vicepresidenta Ejecutiva de Venezuela, comunicó la llegada de la enfermedad al país el 13 de marzo, dictando medidas inmediatas como la cuarentena nacional exceptuando cuerpos de seguridad, alimentación, medicinas y equipos médicos.

La pandemia llegó a Venezuela en medio de una crisis sanitaria. La Encuesta Nacional de Hospitales (ENH) reveló en 2018 que 92 hospitales de 23 estados sufrían de distintos problemas que impedían la atención mínima a pacientes. Además, el 88% de los centros médicos no contaban con medicamentos, mientras que el 53% tenía quirófanos o pabellones inoperativos, destacó el estudio realizado por la Red de Médicos por la Salud.

Debido al gran avance y rápida propagación de la COVID-19, las clínicas, hospitales y centros de salud experimentaron un flujo de pacientes que saturó y rebasó sus capacidades, incluso en países de primer mundo, como Italia o Estados Unidos. Frente a esto, organizaciones como la OMS, Amnistía Internacional y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) solicitaron el mayor esfuerzo del personal sanitario para poder sobrellevar la enfermedad.

El mundo de lo desconocido

La OPS define a los coronavirus como “una amplia familia de virus que pueden causar diversas afecciones, desde resfriados común hasta enfermedades más graves”. Esta brecha se ha evidenciado con mayor impacto en la COVID-19, ya que su presentación es atípica y el deterioro puede llegar a ser muy veloz e imprevisible, así lo confirmó Giménez.

"Virus violento agresivo, incisivo, cruel, desmedido, desconocido, impredecible, cambiante, vulnerable, que se burla de ti, que no le importas. Yo nunca me había enfrentado a una enfermedad tan volátil e impredecible, jamás me imaginé vivir esto como médico", enfatizó.

Ante la llegada de la COVID-19, surgieron grupos de preparación y atención para médicos venezolanos, uno de ellos fue la organización Cultura Sin Frontera, con el fin de crear un grupo élite para formar, preparar, conocer y capacitar a médicos de primera línea con el objetivo de enfrentar la enfermedad, en vista de su probable llegada al país.

Alrededor de 200 doctores en el ámbito nacional fueron formados en áreas de primeros auxilios, atención y clínica, en base a la información científica de otros países donde la COVID-19 llegó en el primer trimestre del 2020. Giménez formó parte de este grupo en el cual descubrieron que la teoría vista no tenía relación con la realidad de los pacientes y la sintomatología.

"Todas aquellas presentaciones, con temas como la genética molecular, la bioingeniería, la evolución del virus, cómo era que se presentaba, no tuvo nada que ver cuando vi el primer paciente", recordó.

Por su parte, la Sociedad Venezolana de Medicina Interna (SVMI) realizó un estudio con 412 encuestados en el Hospital Universitario de Caracas, el cual arrojó que el 54% de estudiantes de pre y postgrado, la mayor fuerza de trabajo durante la pandemia, manifestaron no haber recibido entrenamiento en las fases iniciales para el uso de las medidas de protección.

Al inicio de la pandemia, los doctores se enfrentaron a una enfermedad desconocida, sin mayor información científica y con un alto porcentaje tanto de contagio como de mortalidad. Maritza Durán, médico internista, destacó que los pacientes provenientes de la primera y segunda ola estaban, generalmente, en malas condiciones, llegando a tener una evolución incierta, por lo que muchos no salían de Terapia Intensiva, teniendo como único fin la muerte.

“Al principio, fue el miedo de enfrentarse a lo desconocido y caer en cuenta de que es una enfermedad que nunca se había vivido de esa manera. El COVID es una enfermedad muy traicionera”, sostuvo, agregando que es esencial la investigación y estudio constante del virus, ya que su evolución y tratamiento han sido cambiantes.

La OMS, explicó la ambigüedad del coronavirus como un padecimiento que puede desarrollar o contraer cualquier persona, sin importar la edad y manifestando síntomas de leves a moderados. En algunos casos, los pacientes se recuperan sin la necesidad de un tratamiento especial y en otros enferman gravemente, necesitando de atención médica especializada, o incluso teniendo consecuencias como la muerte.

Actualmente, en el país no existe literatura ni estadística 100% verificable y epidemiológica. Además, no se tiene un registro oficial de la vivencias de los médicos o las experiencias con el virus y los pacientes, denunció Giménez.

En Venezuela, no hay un reactivo que especifique cuál variante tiene la persona positiva a COVID-19. No hay manera científica de saber si un paciente tiene *delta plus* u *ómicron*, teniendo cada uno tratamientos totalmente opuestos. Por lo que los médicos dependen de la clínica, los síntomas y la evolución de la enfermedad para controlarla, debido a que los sistemas inmunológicos son diferentes dependiendo del país donde se presente el virus y cual sea su desarrollo, ratificó.

Nicole Alvarado, médico emergencista, explicó que las variantes se originan, normalmente, en lugares donde hay cero o exceso de recursos; en el caso de Venezuela, no se encuentra en ninguno de esos dos puntos, por lo que coloca a los médicos en la tarea de imaginar cómo la enfermedad actuaría en el país. Además, agregó que el hecho de la aparición de una nueva cepa, lleva directamente al estudio y a la investigación desde cero, cuestionando si esa información puede ser real o no, por la rápida alza de los contagios.

“Nosotros aquí leemos lo que ocurre afuera y tenemos que intentar pensar y asimilar cómo funcionaría aquí adentro, aun así sin esperar nada, porque no sabemos cómo vamos a reaccionar, ni el paciente, ni el virus, ni nada”, enfatizó.

Por otra parte, Durán observó como provechosa esta situación, ya que Venezuela tuvo la oportunidad de ver el desarrollo de la COVID-19 en los países donde llegó primero, al igual que en el caso de las variantes; el continente asiático y europeo sirvieron de base para saber a qué se enfrentarían los médicos con este virus. “Eso nos daba ventaja de ir aprendiendo de la experiencia de lo que ya han ido haciendo”.

Al no existir una teoría previa, la COVID-19 no tenía un tratamiento establecido para los pacientes, cada uno requería una atención personalizada, ya que todos presentan síntomas diferentes, desde leves a moderados o graves; a pesar de que en un principio estudios indicaban que se debía tratar como una neumonía convencional o comunitaria, lo cual fue desechado con el paso del tiempo, así lo aseguró Maira Campos, médico general anestesiólogo.

“Realmente cuando llega aquí es que tú ves el verdadero caos que ocasiona esa enfermedad, que no pensábamos que iba a llegar, eso fue lo más impactante. Cuando llegó, fue el caos total en Venezuela”.

Los tratamientos han sido tan cambiantes que Durán planteó que los pacientes que se salvaron al principio de la pandemia eran porque estaban destinados a hacerlo, ya que la forma de tratar al virus era errónea.

Incluso hoy en día, no existe un tratamiento establecido para la COVID-19, porque cada paciente es diferente y cada variante es distinta, enfatizó Campos. Aquí yace la importancia de tratar a la enfermedad de manera adecuada, ya que la carga viral es alta, sin importar si es *alfa*, *delta* u *ómicron*, aunque esta disminuye considerablemente con la vacunación. Sin embargo, después de dos años, sigue siendo desconocido todo lo relacionado con esta enfermedad, destacó Alvarado.

A pesar del esfuerzo por parte de las organizaciones y personal médico de difundir la importancia de las vacunas en contra de la COVID-19, la organización *Our World in Data*, estima que menos de un 25% de la población mundial ha recibido las dos primeras dosis y la de refuerzo.

En Venezuela calculan que solo el 50.2% de la población se encuentra completamente inmunizada, aunque las cifras oficiales anunciadas por Nicolás Maduro, presidente de la República, reflejan que ascienden al 102% de los adultos y 56% de los niños y jóvenes.

Durán denunció que la falta de vacunación de toda la población está dando como resultados la hospitalización de pacientes, personas mayores por lo general, en centros médicos privados, viviendo situaciones similares a las primeras olas de contagio.

Además, recalcó que el miedo a los efectos secundarios es el principal motivo que les impide acceder a las vacunas. “Otra vez estamos viviendo las complicaciones de los pacientes, tener que subirlos a terapia intensiva, las llamadas de medianoche. Es difícil desde esa perspectiva”.

Por el alto riesgo de contagio, la COVID-19 cambió distintos protocolos y procedimientos que se encontraban instaurados hacía décadas atrás, uno de ellos fue la Reanimación Cardiopulmonar (RCP), ya que trabajos científicos afirmaban que los pacientes positivos no deberían ser reanimados por la probabilidad de infección, resultando una disyuntiva para los médicos al no poder hacer nada cuando enfrentaban un paro, aseguraron Giménez y Campos.

De igual manera, Elizabeth Hernández, presidente del Comité Científico de la SVMJ, confirmó que la pandemia fortaleció la práctica de telemedicina, catalogándola como un recurso de utilidad para afrontar a la COVID-19. Sin embargo, destacó el encuentro presencial como parte fundamental en la formación de la relación médico paciente, siendo insustituible.

Este tipo de procesos innovadores y desafiantes no logran adaptarse a la normalidad de todos los doctores, tal es el caso de Giménez, quien explicó que tratar pacientes a distancia es difícil a pesar de que lo ha hecho, ya que no se puede examinar a las personas como se debe. Además, que la asesoría a otros países resulta limitada, porque no se tiene un completo conocimiento sobre las

comunidades, servicios de salud o un diagnóstico asertivo que solo lo puede dar el contacto físico.

Contra la automedicación

Frente a la aparición de la COVID-19 en China, la OMS estableció diferentes protocolos para su detección, prevención y tratamiento. Dichas medidas se presentaron en los dos primeros meses del año 2020, con la intención de instruir tanto al público como al personal médico, fijando los parámetros para manejar el virus y así responder a todas las dudas.

Algunas de las orientaciones para el público propuestas por dicha organización son el distanciamiento social, reuniones al aire libre, lavado constante de manos y el uso de mascarillas para evitar la propagación del virus.

La Sociedad Venezolana de Infectología (SVI) creó en el primer semestre del año 2020 un trabajo para médicos, presentando su propuesta de protocolo para el tratamiento de la COVID-19. En primer lugar, categorizaron a los pacientes dependiendo del comportamiento del virus: susceptibles, asintomáticos, leve/moderado, severo y crítico.

Dentro de las opciones terapéuticas recomendadas está el Dexametasona, Remdisivir, Oxigenoterapia, tratamiento antitrombótico y profilaxis. Además, hacen mención a los medicamentos que no recomiendan incluir en el tratamiento de dicho virus, debido a que no cuentan con los ensayos clínicos suficientes para comprobar su efectividad.

Respecto a los medicamentos no recomendados, está incluida la Ivermectina, definida por la OMS como un antiparasitario de amplio espectro para el tratamiento de varias enfermedades parasitarias. “Se emplea para tratar la oncocercosis (ceguera de los ríos), la estrongiloidiasis y otras geohelminosis, así como la sarna”. Sin embargo, distintos médicos la incluyeron en sus tratamientos durante mediados del 2020, la cual se comprobó puede causar daño en el hígado, en los riñones, aumentar la pérdida de cabello, entre otros efectos, informó Alvarado.

“Nosotros como personal de salud nos metíamos nuestras dosis de Ivermectina tanto tiempo como decía la literatura, por kilo/peso. Resulta que nunca protegió a nadie, a mi me causó una hepatitis y me intoxicó. Empezamos a entender que no, que la Ivermectina no funcionaba, que igualito la tomaras, no importaba cuantas pepas te tomaras o tus compañeros, igual se infectaban todos, igual morían y que los pacientes igual seguían desarrollando la enfermedad”, exclamó Giménez con resignación.

Dicho medicamento no fue el único que causó revuelo dentro del gremio médico luego de incluirlo en recetas, los antibióticos también formaron parte de la lista de drogas para tratar el virus según recomendaciones del SVI, ya que se creía que era necesario prevenir la aparición de infecciones originadas por la enfermedad. A finales del año 2020, la OMS rechazó el uso de antibióticos debido a que el nuevo 2019-nCoV es un virus y no es necesario utilizar antibióticos para prevenir una infección.

“Hay algunos trabajos científicos que recomiendan la profilaxis para el tratamiento del COVID pero, ¿hasta qué punto puedes tú mandar antibióticos? Si un paciente está con síntomas leves, bien sea cefalea, fiebre, malestar general, pero no tiene síntomas respiratorios, que lo auscultas y en el examen físico no sale absolutamente nada, entonces ¿por qué le vas a mandar antibióticos?”, aseguró Campos.

Existen distintos medicamentos que sí han sido comprobados y demuestran eficacia frente al tratamiento del virus que cambió la vida de la sociedad. Uno de ellos es el Remdisivir, un antiviral que se administra vía intravenosa.

La SVI recomienda su uso para la COVID-19 principalmente en pacientes críticos, específicamente hospitalizados. Mientras que la OMS rechaza la aplicación de dicho fármaco en pacientes hospitalizados por la enfermedad sin importar la gravedad, debido a que consideran que no hay pruebas de que mejore la supervivencia del paciente.

Aparte del protocolo planteado por la asociación venezolana, el gobierno de Maduro presentó a comienzos del año 2021 su propuesta de antiviral para combatir la COVID-19, llamado “Carvativir”.

“Está establecida la patente nacional e internacional y se hizo el registro sanitario en el país, y puedo presentar la medicina que neutraliza 100% el coronavirus; el Carvativir, mejor conocido como las góticas milagrosas del Doctor José Gregorio Hernández”, aseguró Maduro en una cadena nacional por televisión abierta.

Sin embargo, dicho fármaco no forma parte de la lista de medicinas aprobadas por la OMS para tratar la COVID-19, por lo que se duda en que el medicamento realmente tenga efectos sobre el virus.

La automedicación ha sido otra problemática que ha estado presente dentro de las diferentes revistas médicas a nivel mundial, siendo un factor que ha retrasado el establecimiento de tratamientos oficiales para el manejo de la enfermedad.

“Hay mucha gente que inventa. Además que eso es cambiante, lo que era verdad en marzo de 2020, hoy es totalmente mentira. Ya sabemos que la Doxicloritina no sirve, que los antibióticos no sirven para tratar al COVID, que la Dexametasona hay que indicarla en un momento dado. Hay muchas cosas que hemos aprendido”, señaló Durán.

Dentro de los casos de automedicación, se encuentra el uso de medicamentos mencionados anteriormente, Ivermectina y antibióticos. La OMS en conjunto con organizaciones asociadas, reafirmaron la importancia de que los medicamentos indicados para la COVID-19 deben ser autorizados y permitidos por entes nacionales reguladores en el área farmacéutica, y de no estarlos se considera “uso no indicado”.

“Puedes escuchar de la automedicación, pero siempre tratas de darle la información más clara, precisa y concisa sobre el riesgo que está corriendo, a veces la automedicación es ruda, —¿para qué vas a usar un antibiótico si esto es un virus?—”, enfatizó Giménez.

Las opciones terapéuticas para el tratamiento de la enfermedad han cambiado a lo largo de estos dos años de pandemia debido a que dependen de estudios que se mantienen en constante actualización y desarrollo. Por ende, es de vital importancia seguir protocolos oficiales respaldados por organizaciones que estén en primera línea.

Trabajo a marcha forzada

Luego de constantes llamadas y denuncias a través de redes sociales, el equipo de “Ángeles en las Vías” cumplían más de 16 horas esperando el ingreso de uno de sus pacientes, el señor José de 63 años, quien vivía casi en la indigencia, diabético, saturando entre 60 y 70, por lo que su cuerpo ya presentaba un color morado debido a la enfermedad. Después de una pelea con los directivos del hospital, lograron confirmar que tenía COVID-19, ingresando al piso. A los 2 días el señor José falleció, pero quienes lo acompañaron tienen la seguridad de que hicieron lo posible por darle el mejor trato, dio a conocer Alvarado.

Venezuela, incluso antes de la llegada del virus, ya se encontraba inmersa dentro de una crisis en el sector salud, siendo declarada emergencia humanitaria compleja hace 6 años. La ENH dio a conocer que la infraestructura sanitaria no contaba con los recursos necesarios para afrontar casos sospechosos en 2020. Desde el mal estado de los servicios públicos hasta el desabastecimiento de medicamentos, forman parte del día a día de centros hospitalarios, hecho que la COVID-19 agravó.

Durante el primer año de pandemia, se registró la muerte de 216 personas por “causas atribuibles a los cortes de energía”; mientras que 43 hospitales de 69 reportaron irregularidades en el suministro de agua por tuberías, por lo que tuvieron que recurrir a cisternas o pozos, según indicó ENH.

Para 2018, Venezuela contaba con una enfermera por cada 1062 habitantes, cifra que refleja un déficit de 76,46%, en comparación a la normativa establecida por la OMS debido a la COVID-19, de una enfermera por cada 250 personas, destacó un estudio realizado por el medio Prodavinci. Además, Tedros Adhamon Ghebreyesus,

director general de dicho organismo, instó a todos los gobiernos a invertir más en el sector salud ante este tipo de emergencias.

En los hospitales, son escasos los insumos que otorga el Estado. Campos denunció la falta de materiales como mascarillas, caretas, máscaras de oxígeno, guantes, entre otros, tanto para el paciente como para el personal sanitario, los cuales requieren de un protocolo de bioseguridad riguroso para evitar los contagios. El impedimento para acceder a medicamentos o recursos, generaba ansiedad y estrés de parte de los médicos, además que interrumpía su labor, sus ganas de ayudar y salvar vidas.

En el Hospital Dr. Domingo Luciani, ante la gran demanda de pacientes en plena pandemia, se requirió del apoyo y ayuda de doctores, como anatomopatólogos y odontólogos, para poder cubrir el servicio COVID-19, exponiendo a los especialistas a un área desconocida para ellos, los cuales tuvieron que examinar, recetar y dar tratamientos, sin tener mayor conocimiento previo de este tipo de enfermedades, recordó.

Los doctores de la administración pública, cubrieron durante la pandemia sus propios materiales de protección; “si tu no llevas tu tapabocas al hospital no tienes tapabocas”, recalcó Giménez, agregando que se considera “traición a la patria” si un médico se quitaba el traje o algún otro implemento de bioseguridad antes de las 8 horas de guardia, soportando altas temperaturas y sin acceso a las necesidades básicas.

“A veces ni siquiera los dejan entrar en el centro de salud, se quedan en las puertas y mueren afuera (...) Se mueren en el suelo, tú los ves en los pasillos COVID, pero no hay cámaras que graben eso, te quitan los celulares para entrar en el piso COVID, no se puede entrar con celular y ahí tú ves pacientes tirados en el suelo, pegados a una mascarilla porque es lo único que tienen, oxígeno, más nada”, expresó.

Mauro Zambrano, dirigente sindical de Hospitales y Clínicas, declaró a Unión Radio: “nosotros siempre buscamos conversar, incluso hemos buscado dentro de nuestras

organizaciones mecanismos internacionales para buscar apoyo en cuanto a dotación de implementos de bioseguridad”, en vista de la falta de atención en este tema por parte de gobierno.

Médicos Sin Fronteras (MSF) fue una de las organizaciones que tuvo mayor presencia en los centros públicos. Desde 2019, se encargó de brindar apoyo en 38 establecimientos a nivel nacional. En el Hospital Vargas de Caracas se contó con la colaboración de dicha ONG, el área de manejo y cuidados de casos COVID-19 fue uno de los principales focos de atención, ofreciendo 15.123 consultas médicas y 81.669 consultas por emergencias, en los últimos tres años.

La organización MUV también ayudó al sector público durante la pandemia, quien contó con personal sanitario altamente calificado, ya que su selección es muy rigurosa, explicó Giménez. “Cuidan al personal que ponen en los hospitales, con ellos se trabaja muy bien y son muy bien pagados, por eso es que son bien cotizados (...) gracias a ellos pudo salir adelante la parte pública en algunos hospitales, donde están ellos hay una buena atención”, añadió.

Además, MUV y MSF dotaron de materiales e instrumentos de primera necesidad para tratar los casos COVID-19, ya que los insumos otorgados por el Estado venezolano eran principalmente artículos descartables, como jeringas, macrogoteros, guantes, entre otros; gracias a la presencia de esta ONG, los hospitales pudieron hacerle frente a la crisis, este fue el caso del Hospital Vargas y “El Llanito”, según reseñaron Alvarado y Campos.

El abastecimiento de medicamentos e insumos por parte de MSF, no ha sido constante durante el desarrollo de la pandemia, ya que su trabajo depende de las olas de contagio, mientras están más altas, ellos cubren las necesidades de los centros, informó Alvarado, quien agregó que el Hospital Pérez Carreño fue el primero en aceptar a dicha organización, lo que hizo que tuvieran uno de los mejores resultados a nivel de COVID-19 durante el 2020 y 2021.

En los centros de salud privado, como lo es el caso de Clínica El Ávila, la realidad depende de las posibilidades económicas de los pacientes. Durán indicó que las

compañías de seguros no están cubriendo el 100% de los procedimientos ni tratamientos, por lo que requieren pagar un deducible o los medicamentos externos, los cuales son usualmente costosos.

Según Germán Cortéz, presidente de la Asociación Capital de Clínicas y Hospitales (ACCH), entre un 2% y 5% de la población venezolana tiene la capacidad para contar con un seguro que cubra alrededor de 50.000 dólares, cifra que garantiza la atención en una clínica del país.

Debido a los altos costos de la salud privada y el mal estado del sector público, durante la pandemia se afianzó una práctica médica que había perdido fuerza, la atención domiciliaria, reforzada por el aislamiento, la inseguridad de la hospitalización en instituciones públicas y el miedo al no poder estar con un familiar en el proceso de la enfermedad, explicó Giménez.

“Ahora bien, no todos están preparados para eso (...) Nosotros hemos revisado muchos casos, muchos grupos que están en atención domiciliaria y gracias a los errores-ensayos de ellos, nosotros también hemos aprendido, porque muchos de los errores de ellos nos han llegado a nosotros en malas condiciones y hemos tenido que atenderlos y gracias a Dios han salido adelante”, alertó.

Por su parte, la SVMJ consideró como beneficiosa la medicina domiciliaria, mientras tanto se utilice de la manera correcta y provechosa para los pacientes. Además, denunció la presencia en el mercado de “combos COVID”, que atentan contra las buenas prácticas de la medicina, destacando la importancia de mantener y promover la educación médica para evitar la difusión de informaciones dañinas para la población

Economía adversa a la vocación

“Tengo más de 30 años trabajando en la administración pública y nunca habíamos tenido tan bajos sueldos. Es más, sacando cuentas nosotros pagamos al gobierno para trabajar, yo sufrago los gastos de la administración pública”, exclamó Giménez.

El 15 de febrero de 2022, distintos miembros del gremio de salud salieron a las calles para manifestar su opinión y exigir pagos justos, así lo expresó Zambrano en una entrevista por parte del medio VPI tv.

“Hoy en día estamos sufriendo muchísimo, un trabajador venezolano está ganando solo 3 o 4 dólares mensuales, absolutamente nada. Además de esto, las condiciones de trabajo son muy precarias, perdimos muchos beneficios que durante años fueron conquistados con lucha y lamentablemente no vemos voluntad política para solucionar esta situación”.

En marzo de 2022 y referente a la conmemoración del Día del Médico, el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) estableció una nueva tabla salarial para el personal de salud hospitalario. Dentro de las características a tomar en cuenta para el incremento, se considera el cargo y la experiencia laboral.

De acuerdo a dicha tabla, los sueldos van desde BsD 373,58 para un médico I y BsD 424,91 para un médico jefe IV. Al momento del ajuste, la tasa oficial del Banco Central de Venezuela (BCV) era de 4,24 y equivalía a \$88 y \$100 respectivamente. En mayo, la tasa oficial se encuentra en 5,06 y deja como sueldo mensual para los médicos \$73 y \$84 aproximadamente.

A pesar de ello, los trabajadores de salud hospitalarios no han dejado de atender pacientes ni han perdido su vocación. Sin embargo, el estado actual de los centros sanitarios afecta directamente su desenvolvimiento.

“No todo se puede cobrar, hemos tenido que sufragar gastos, hemos tenido que ayudar a personas que no tienen dinero. Hemos dado nuestro trabajo gratis, son decisiones, hemos decidido hacerlo. Y si me tocara, lo volvería a hacer”, aseguró Giménez.

Existe un contraste marcado entre hospitales y clínicas, tanto a nivel de sueldos como de abastecimiento. Durán, perteneciente a la Clínica El Ávila, precisa que la situación de los sueldos en la clínica no es tan difícil como en hospitales.

“Aquí el problema de los salarios no es tan común. El problema radica en los costos para el paciente, donde es necesario estar respaldado por una buena póliza o una ayuda económica porque puede llegar a ser costoso. En los hospitales, el tema del sueldo es más difícil. El trabajo no se refleja en el pago del servicio prestado”.

A pesar de que las realidades en clínicas y hospitales a nivel de sueldos no es la misma, hay un factor que sí les afecta al personal sanitario y a los pacientes, se trata del desabastecimiento y los costos de servicios médicos tanto de consultas como medicamentos y exámenes.

El antiviral Remdisivir tiene un costo de hasta \$70 por ampolla en las diferentes farmacias del país. Según el tratamiento COVID establecido, se requieren 6 dosis vía intravenosa, lo que alcanzaría los \$420. A pesar de que esta cifra superó los \$2000 meses atrás.

“Es tanto el miedo a que tú veas a un familiar que está a punto de la muerte, que hacen lo que sea para conseguir, para hacerle los exámenes, para comprarle el tratamiento que no se tiene en el hospital. Es muy difícil cuando le tienes que decir a un familiar que compre un medicamento que cuesta 300 dólares, no todo el mundo tiene ese dinero y que tu sabes que ese medicamento no va a ser el único, puede ser por 5-7 días”, expresó Campos.

Respecto al desabastecimiento, Durán menciona que sí se ve una mejora en cuanto a los medicamentos o productos pero que el costo de los mismos se ha convertido en el nuevo problema.

“Ha ido mejorando en el sentido de que ahora lo que necesitas es dinero para comprar las cosas pero se consiguen. Recuerdo que hubo un momento alrededor de 2017-2018 que aquí no había drogas antihipertensivas, broncodilatadores, insulina, así tuvieses todo el dinero del mundo te costaba conseguirlo. Ahora ciertamente se consigue pero con un mayor costo”.

Una encuesta realizada por la ONG *Human Rights Watch* a médicos venezolanos a finales de 2016, determinó que el 76% de los hospitales no contaban con

medicamentos ni insumos básicos, incluyendo fármacos pertenecientes a la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS.

Douglas León Natera, presidente de la Federación Médica de Venezuela (FMV), precisó en una entrevista realizada por Unión Radio el disgusto que existe en el gremio debido a los sueldos actuales del personal de salud y aseguró que habían solicitado al gobierno nacional un incremento en el mismo.

“Serían \$1.500 y el escalafón más alto sería ‘médico de salud pública III’ o el ‘médico director de hospital tipo IV’ estaría alrededor de unos 3.200 y 3.300 dólares de acuerdo al grado y tiempo de experiencia de esa persona”, expresó.

El personal de salud venezolano considera que no es equivalente la cantidad de trabajo que tienen con el pago mensual que reciben, específicamente en los hospitales del país. Mantienen la esperanza y siguen haciendo un llamado de atención a los entes reglamentarios a través de organizaciones que los amparan.

A un paso de la muerte

La pandemia de la COVID-19 ha cobrado la vida de quienes se dedicaron a salvarlas; la alta exposición, las largas horas de trabajo y las limitaciones de las medidas de bioseguridad, son solo algunas de las razones que explican las elevadas cifras de mortalidad en personal sanitario.

MUV denunció que Venezuela cuenta con 823 muertes de trabajadores durante la pandemia de la COVID-19, siendo la única nación que ha perdido más del 11% de su personal de salud, según la Academia Nacional de Medicina. Número que se le suma la migración de alrededor 33.000 médicos que han abandonado el país en los últimos años, dejando un déficit en el sector sanitario.

Steve Cockburn, director de Justicia Económica y Social de Amnistía Internacional, aseguró que: “cada 30 minutos muere de COVID-19 un trabajador o trabajadora de la salud. Es una tragedia y una injusticia. El personal sanitario de todo el mundo ha arriesgado su vida para intentar protegernos frente a la COVID-19 y sin embargo, en

demasiados casos lo han hecho sin contar con protección alguna y han pagado el peor precio por ello”.

Un estudio realizado por Amnistía Internacional, UNI Global Union e Internacional de Servicios Públicos (ISP), reveló que al menos 17.000 profesionales de la salud murieron en el primer año de pandemia a nivel mundial a causa de la COVID-19. Venezuela representa más del 3% de dicha cifra, siendo este uno de los países con menor mortalidad de la población a causa del virus.

La FMV catalogó de “récord mundial” la tasa de muertes del personal de salud en Venezuela, liderando las listas de mortalidad en América Latina, superando a Estados Unidos, Perú y Brasil, los cuales tienen un 0.5% en decesos de médicos, enfermeras y demás trabajadores de la salud. La organización atribuyó este hecho a que un 95% de quienes trabajan en hospitales no cuentan con los equipos de bioseguridad necesarios para evitar contagios.

La muerte es a lo que los médicos se enfrentan al tratar pacientes COVID-19, sobre todo en Venezuela, donde los insumos son escasos y limitados. "Como nunca antes, con tantos años de trabajo que he tenido en mi vida, he enfrentado muchas veces la muerte, pero nunca con tanto temor como con este virus", aseveró Giménez.

El complejo equipo de bioseguridad, el cual contaba con varias capas de protección de mascarillas, caretas, guantes, debajo de una braga y con una frecuencia cardíaca de 150, hacía que la posibilidad de la muerte llegara a la mente de los médicos, quienes además enfrentaban la responsabilidad de mantener con vida a los pacientes y de no fallarle a sus familiares, sin oportunidad de equivocarse, reveló.

Los trabajadores de la salud en el interior del país afrontaron a la COVID-19 con menos insumos y con más fallas en los servicios básicos que en Caracas, realidad que llevó a muchos de ellos a fallecer en las emergencias de los hospitales, donde no contaban ni con máscaras de protección, así lo denunció Durán, asegurando que

la medicina interna fue una de las especializaciones con mayor saldo de muertes debido a la alta exposición.

“Es bien triste que tantos colegas hayan muerto por salvar la vida de otro, deberían ser reconocidos, elogiados, porque mientras otras personas huyen, nosotros vamos hacia ella”, sostuvo Giménez.

El contagio de un médico podía ser por diversas razones, el descuido en las medidas de protección, falta de insumos y materiales o un acto desesperado por salvar una vida; a este hecho se le agrega la falta de medicamentos o tratamientos adecuados y la creencia de “soy inmortal” en la comunidad médica, idea que surge por la negación y temor a la muerte.

“El señor se contagió, pero como todo personal de salud, él se creía inmortal, —eso se me quita solo—, entonces nunca se dejó tratar por nadie hasta que lamentablemente llegó el día que no podía caminar ni respirar, lo llevaron al hospital y falleció en la emergencia porque no tenían cupo ni cama para el señor. Era alguien que estaba trabajando con COVID y falleció lamentablemente por la espera de una cama”, relató Alvarado.

Despedida inesperada

En la primera ola de contagios, todavía había mucho desconocimiento con respecto a la pandemia, uno de los pacientes entró en paro, estaba prácticamente muerto, necesitaba que se intubara de inmediato. Tenía todo el equipo de protección que me dificultaba el procedimiento, no podía ver ni respirar bien por el traje, pero si no se intubaba al paciente este se iba morir. No me importó nada y me quite la protección facial, con el regaño de mis colegas, pude intubar al paciente y entregarle 20 minutos más de vida, sin importar la exposición a la que me enfrenté, recordó Campos.

La OMS informó que la pandemia de la COVID-19 dejó un saldo de 15 millones de personas fallecidas a nivel mundial, número que duplica las cifras oficiales de los

respectivos gobiernos. Para el 27 de mayo de 2022, Venezuela contabilizaba 5.720 fallecidos a causa de la enfermedad.

Vivir la muerte de un paciente forma parte de las experiencias que puede vivir cualquier miembro del gremio médico, evitar que la persona pierda la vida es el objetivo principal independientemente de la enfermedad. Sin embargo, la mortalidad por causa de la COVID-19 se ha convertido en la enemiga principal de todo el personal sanitario a nivel mundial.

“Tu cada vez que te pones con un paciente, empiezas de cero, tu vas a con todo y le pones fe y el familiar te estás entregando su confianza, está creyendo en ti y tu estas creyendo en ti y te armas con todo, tu cabeza va a millón, vuela, es algo impresionante, desarrollas un instinto muy grande, tu empiezas a ver que hay que ponerle esto, darle aquello”, precisó Giménez.

El primer fallecido por COVID-19 en Venezuela se registró el 27 de marzo del 2020, se trató de un hombre de 47 años originario del estado Aragua, el gobierno nacional aseguró que tenía una enfermedad pulmonar previa al contagio.

Distintas personas que fallecieron por el virus se encontraban en el área de Cuidados Intensivos (UCI) o también conocida como Terapia Intensiva, debido a que por complicaciones de la enfermedad, era necesario mantenerlo en constante observación. Esta medida se llevó a cabo desde el inicio de la enfermedad, con la intención de que el paciente pudiera recuperarse a pesar de la gravedad.

“Terapia era el área donde aislábamos a los pacientes que estaban mal, al no contar con los recursos me estresaba porque el paciente necesitaba oxígeno, no tenía máscara en ese momento, el paciente necesitaba y no tenía medicamentos, fue un estrés y ansiedad total, porque tú tienes la intención de ayudar, pero entonces si no tienes los recursos, ¿Cómo haces?”, mencionó Campos con indignación.

Un aspecto que tiene relación con la muerte de pacientes, específicamente por COVID-19, es la falta de recursos en los centros de salud del país, sobre todo hospitales. Alvarado mencionó lo difícil que es luchar entre la realidad del sistema

de salud y la muerte, tratando de salvarle la vida a un paciente. “Que no haya cómo lavarte las manos entre cada paciente y tener que echarte gel o alcohol para cambiarte de guante y ya, no poder lavarte las manos como se debería, eso influye que se complique muchos los pacientes, lamentablemente.”

América actualmente es el continente número uno en muertes por COVID-19 con un total de 2.743.667, superando a Europa y Asia; continentes que vivieron con mayor intensidad las primeras olas de contagio, según *Our World In Data*.

Venezuela a comienzos del 2022, logró estabilizar la estadística de fallecidos por COVID-19, así lo informó el gobierno nacional a través de su plataforma Patria, indicando que ha habido un descenso respecto a los fallecimientos por COVID-19 en el primer trimestre del 2022 en comparación con los meses entre abril y octubre del año 2021.

Del mismo modo, la Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), aseguró que en el primer trimestre del 2022 la transmisión y letalidad de la COVID-19 ha disminuido significativamente en Venezuela, lo que ha permitido levantar restricciones de movilidad.

“No importa la edad que tengan, te vuelve a doler, te duele cada uno. Hay cosas que tú no puedes resolver, no eres un Dios, no tienes el poder absoluto, pero siempre peleas contra la muerte, se la quieres quitar, pero a veces no puedes y te duele, así no llores, así el personal que está contigo no se dé cuenta, pero si te duele”, narró Giménez con lágrimas en los ojos.

¿Quién cuida a los médicos?

Según la Sociedad Venezolana de Psiquiatría (SVP), casi el 70% del personal de salud en Venezuela tiene síntomas de depresión.

La pandemia ha sido uno de los factores principales para el desarrollo de enfermedades de salud mental, específicamente en el personal sanitario. Esto debido a la cantidad de horas al día en las que se mantienen expuestos, sin

descanso y bajo una rutina estresante por la incertidumbre del comportamiento del virus en cada paciente.

“Es desgastante, estás ansioso, estresado, te deprimes, es horrible, es muy feo. Estás asustado, tienes miedo, recuerdas cada paciente que tiene los mismos síntomas que tu familiar y piensas que de esos perdiste dos. Todos vamos a terminar viendo a un psiquiatra obligatoriamente, porque todo te afecta. Pierdes hasta el sueño, no duermes, estás toda la noche esperando a que algo suceda, siempre estás estresado no importa lo que hagas”, narró Alvarado.

Luis Madriz, vicepresidente de SVP aseguró en una entrevista para Circuito Éxitos que estudios relacionados con la pandemia han arrojado que el impacto de la enfermedad en los pacientes afecta directamente al personal médico encargado.

“El paciente puede inclusive bajar un poco la saturación porque hay un proceso de hiperventilación que hace que no entre la cantidad adecuada de oxígeno por el pánico y puede simular como si tuviera un cuadro de distrés respiratorio”, generando estrés y ansiedad en el médico por la posibilidad a la muerte.

Otro aspecto fundamental que influye en el estado mental de los profesionales de la salud es el desconocimiento frente al virus, la incertidumbre y los constantes cambios que se desarrollan en su desenvolvimiento.

La OPS afirmó a mediados del 2021 que en 37 países han detectado la presencia de mínimo 4 variantes de la enfermedad y que se mantienen en constante estudio de las mismas. “La aparición de mutaciones es un evento natural y esperado dentro del proceso evolutivo del virus. Estos cambios pueden suponer ventajas para que el virus logre sus "objetivos", que son tener una mayor capacidad para entrar en las células y luego replicarse”, mencionó Jairo Méndez Rico, asesor de la organización.

Según Hernández en la revista de la SVMI, aseguró que en un estudio realizado en el Hospital Universitario de Caracas (HUC) titulado “Impacto de la Pandemia COVID-19”, se reportaron niveles de ansiedad hasta en el 79% de los residentes de

posgrado y el 95% estuvo de acuerdo en la necesidad de implantación de programas de control de ansiedad.

Es necesario mencionar que los residentes y estudiantes de posgrado han estado frente al manejo y tratamiento del virus por la migración de médicos en el centro de salud.

Durán, en base a su experiencia en atención médica en clínica aseguró que la preocupación de la enfermedad no es únicamente por parte del paciente, también hay miedo por el médico al ver las características con las que llegan a la emergencia.

“Los pacientes COVID requieren un cuidado particular. Ningún paciente tiene un piloto automático, pero esta enfermedad es muy traicionera. Esa traición de la enfermedad te causa mucha ansiedad, a pesar de que ya te dio. Ahorita la mayoría de los casos son llevaderos pero cuando te llega uno con esos pulmones blancos que a uno no le gusta ver, eso causa mucha angustia.”

Además, ratificó que sí considera necesario ofrecer ayuda psicológica al personal sanitario que se mantiene en la primera línea de la enfermedad para apoyarlos y que puedan ser útiles en momentos donde el cansancio los sobrepasa.

Sin duda alguna, la COVID-19 va más allá de una enfermedad que ataca al sistema respiratorio y los síntomas comunes, se desenvuelve también a nivel emocional y mental; donde las inseguridades, el temor a lo desconocido y las dudas están presentes. La OMS recomienda al personal de salud tomarse descansos entre jornadas para poder tener espacios de distracción y evitar llegar al colapso.

Amenaza asintomática

En obstetricia no era muy común ver casos de mujeres embarazadas con COVID-19 de moderado a grave, sin embargo, en el mes de agosto del 2020, se presentó una paciente positiva a punto de entrar a terapia intensiva. A la semana 30 de embarazo, a causa de un rompimiento de membranas, se le practicó una cesárea además de varios procedimientos, que consiguieron detener el avance de la enfermedad. La prematuridad en ese bebé no fue impedimento para que él y su madre hoy gocen de perfecta salud, a pesar de las complicaciones en su nacimiento, expresó David Martín, médico ginecobstetra.

Alrededor de un 40% de las pacientes obstétricas resultan asintomáticas al virus, hecho que aumenta la posibilidad de contagio al personal médico, el cual a pesar de contar los protocolos de bioseguridad correspondientes, sufren de gran exposición en las consultas o partos, afirmó Martín.

“Los riesgos para que un obstetra a nivel de un parto vaginal se contagiara era altísimo. La norma decía que ella debería tener una mascarilla pero imagínese una mujer en medio de un trabajo de parto con una mascarilla que le dificulta respirar, etc. A veces era imposible que tuviera una mascarilla (...) el ambiente iba a tener muchos aerosoles con posibilidad de contagio para todo el que estuviera ahí, en un cuarto relativamente cerrado”.

A comienzos de la pandemia, por consenso, los obstetras optaron por realizar cesáreas, las cuales disminuían la exposición y el riesgo de contagio, pero con el desarrollo del virus y los estudios, se dio a conocer que los partos vaginales no están contraindicados, siempre y cuando se utilicen las medidas de bioseguridad establecidas.

Según la OMS, las embarazadas forman parte de la población vulnerable frente a la COVID-19, ya que puede causar infecciones respiratorias que las afecte gravemente. Sin embargo, este riesgo aumenta cuando la madre tiene una patología previa, como diabetes o hipertensión. Al igual que con el resto de los pacientes, no se cuenta con un tratamiento universal, por lo que existen diferentes

sintomatologías y reacciones a la enfermedad, tanto en las mujeres como en el bebé.

Por las medidas de control tomadas por el gobierno nacional al comienzo de la pandemia, las consultas obstétricas y ginecológicas fueron restringidas, disminuyendo considerablemente por motivo al miedo e incertidumbre de contraer el virus al dirigirse a un centro médico, además de las restricciones viales que se presentaron en el país.

Esto provocó un problema de salud, ya que la atención médica a distancia surgió como una vía para mantener los controles y consultas prenatales, sin embargo, no toda la población venezolana tiene acceso a teléfonos inteligentes o internet, ocasionando que pacientes no hayan tenido los cuidados necesarios durante su embarazo, específicamente en el sector público, “esas pacientes no tenían unos controles prenatales, ni siquiera por telemedicina”, reveló Martín.

Las principales complicaciones que sufren las pacientes positivas a COVID-19 fueron la preeclampsia, la hipertensión arterial inducida por el embarazo, y problemas respiratorios propios de la enfermedad. “Generalmente el 85% de las embarazadas cursan con enfermedad leve, apenas un 10% de enfermedad moderada y un 5% de enfermedad grave, que son las que van a terapia intensiva o hay que intubarlas, etc., que es la minoría”.

Usualmente, cuando se realizan investigaciones sobre medicamentos, las mujeres embarazadas no entran dentro de la población a estudiar, porque se considera riesgoso por su estado, a pesar de que existe un movimiento activo para que se les incluya dentro de los estudios. Esta realidad, hizo que algunos de los tratamientos indicados en un principio, fueran descartados posteriormente, y viceversa, ya que los médicos no tuvieron una teoría sólida por la cual guiarse.

Por otra parte, MUV alertó que los ginecobstetras son la especialidad con más muertes por COVID-19, representando cerca de un 13% de la mortalidad del personal médico en el país, a pesar de no trabajar directamente con la enfermedad. “Es algo que nos preguntábamos los colegas médicos en general, por qué la

mayoría de los obstetras se estaban muriendo (...) no te sé decir por qué, pero es una realidad que la mayoría de los que han fallecido son obstetras”, reflexionó.

La mortalidad materna representó un 1.8% de las muertes totales en Venezuela, estando por encima del promedio en América Latina. Martín consideró que en el país no hubo una tasa alta de fallecimientos de embarazadas, a pesar de que estas sufren de un mayor riesgo de que ella y su bebé desarrollen una enfermedad posterior, ya que tienen 3 veces más oportunidad de mortalidad perinatal.

Las consultas ginecobstetras han logrado restituirse con normalidad. Desde finales del año 2020 comenzaron a realizarse de manera restringida, pero actualmente se llevan a cabo a pesar de la COVID-19, debido a que los controles a distancia pueden ocasionar problemas con el desarrollo del embarazo, sobre todo en los de alto riesgo.

“La necesidad de que esas pacientes deberían verse, porque a uno le angustiaba una paciente que fuera prácticamente a ciegas controlándose sin saber que estaba pasando, sin ningún ultrasonido, porque capaz otros síntomas los puedes manejar con telemedicina, pero cómo haces un ultrasonido y ver qué está pasando con esos embarazos”, reflexionó.

Valorar y agradecer

Durante los picos más altos de contagio, era muy común ver las salas de terapia intensivas llenas de pacientes y era una situación muy difícil cuando tenías otro paciente descompuesto, necesitando un ventilador porque estaba asfixiado. Tratas de apoyarlo con lo que puedas, pero necesita subir a terapia intensiva o trasladarlo a otro hospital, pero todo estaba lleno. Es una situación que te marca cuando una persona dice: —Doctora, no me deje morir que tengo hijos chiquitos—, eso desgasta como médico, manifestó Durán.

Con el desarrollo de la pandemia, fue necesario volver a estudiar toda la nueva y vieja teoría para mantenerse actualizado y poder encarar a la enfermedad con la mayor tasa de éxito posible. Además, colocó al mundo entero en la misma posición

de vulnerabilidad, demostrando que no existen fronteras y todos son iguales, ya que este virus no le importó la raza, sexo o nivel socio-económico, sostuvo Giménez.

Todo lo que se creía que funcionaba, no era así. El virus acabó con cualquier teoría o estudio existente referente a cómo es el comportamiento de una enfermedad con sus características, pero superó las expectativas. Sin embargo, impulsó a la creación de nuevas vías de escape para sobrevivir a ella.

La medicina domiciliaria es un ejemplo de ello, aparte de ser una ayuda para los pacientes, también le sirvió a los profesionales para poder encontrar un ingreso económico que enfrentara el hecho del cierre de clínicas y consultorios, llevándolos a reinventarse para brindar un servicio de calidad, lograr mantenerse y hasta donar consultas e insumos a quien más lo necesitan, dio a conocer Giménez.

“El COVID ha sido una de las mejores escuelas de mi vida, me enseñó humanidad, respeto por la vida, respeto por los seres que tu quieres que están aquí, enaltecer a los que se fueron, entendí que si vuelvo a nacer volvería a hacer lo mismo que estoy haciendo ahorita, me enseñó a que no siempre tenemos la de ganar, que no sabemos todo, que no somos perfectos, no somos inmortales ni eternos, un día estamos aquí mañana no estamos, no nos las sabemos todos como médicos”, agregó.

Durán afirmó que no toda pérdida es un fracaso, porque la medicina trata de eso, de la vida y la muerte, y cuando se logra salvar un paciente es regocijante para el médico; la COVID-19 enfrentó constantemente esta dualidad, llevando al personal de salud a tratar de darle los mejores últimos momentos a las personas bajo su cuidado, sin importar lo difícil o desgastante que eso fuera.

“Te enseña que somos vulnerables, muy vulnerables (...) te enseña de todo, a valorar más lo que tienes, te enseña que tienes que estudiar y seguir aprendiendo, también a reforzar la compasión por las personas que están sufriendo y que padecen la enfermedad con gravedad y tener la esperanza de que se vaya de una vez”, reveló.

La gran cantidad de pacientes que fallecieron durante el desarrollo de la pandemia, llevó a médicos a replantearse si esta era realmente su vocación, así fue el caso de Campos, quien en frente a la falta de insumos hacía todo lo que estaba en sus manos para salvar vidas, pero resultó muchas veces insuficiente, viendo partir a decenas de personas a lo largo de su servicio en los últimos dos años.

“Me ha enseñado a valorar, a ser más humano, a tener más comprensión, a tener un poco más de amor a la familia y tener más pasión por lo que hago, si agradezco el día en el que decidí estudiar esto. Gracias a esto me di cuenta que ayudar a las personas es para lo que nací, nací para ayudar, y eso es algo que la pandemia me dejó”, especificó Alvarado.

La COVID-19 representó un desafío para la mayoría de los médicos, desde enfrentarse a un mundo desconocido hasta estar a un paso de la muerte. Esta enfermedad fue un reto que el gremio tuvo que asumir para poder encarar y evitar así la pérdida de más personas a nivel mundial, por lo que fue un camino con obstáculos pero a la vez lleno de satisfacciones y aprendizaje que marcaron su carrera profesional, así concluyeron todos los entrevistados.

Conclusiones

Los médicos fueron los protagonistas en el desarrollo de la COVID-19, ya que esta afectó no solo en su campo laboral, sino también en su vida y rutinas cotidianas. Dedicándose al 100% a sus pacientes hasta el límite de pasar por alto sus necesidades básicas para evitar la exposición del virus.

Cabe resaltar que desde el primer momento, se enfrentaron a una enfermedad desconocida y en constante ensayo-error mientras su comportamiento cambiante era variable, demostrando que se manifestaba de manera diferente en cada paciente.

El estado del sector sanitario en Venezuela fue una de los principales obstáculos a superar en el desarrollo de la COVID-19, ya que los centros de salud pública no contaban con los suficientes recursos para atender las elevadas cifras de pacientes, teniendo como consecuencia la muertes de muchos de ellos.

Los médicos venezolanos dejaron su vida realizando sus labores, por lo que el país cuenta con un récord mundial en cuanto a muertes de personal sanitario, siendo a la vez uno de las naciones con menor mortalidad en la población. Esta entrega y dedicación tuvo, tiene y tendrá consecuencias a nivel psicológico y mental en los trabajadores de la salud, ya que el virus afectó su manera de desenvolverse, afrontando una y otra vez la muerte de sus pacientes y colegas.

Gracias a la exposición, recopilación de sus historias y anécdotas se pudo conocer su lado personal y sensible, dando visibilidad a las experiencias que por 2 años no han obtenido el reconocimiento que merecen.

Recomendaciones

1. Promover la realización de textos periodísticos, con el objetivo de fomentar el espíritu de investigación y la recopilación de información precisa, siempre apegándose a los criterios de noticiabilidad.
2. Profundizar aspectos de la COVID-19 que no se hayan mencionado anteriormente, debido a que es un tema que cuenta con mucha información y que es necesario exponer al público.
3. Estudiar el comportamiento del virus en otras ramas de la medicina, que sirva de comparación con las especialidades mencionadas en este proyecto.
4. Considerar la importancia de los aportes que brindan las fuentes vivas y documentales para un texto periodístico, específicamente un reportaje.
5. Al momento de realizar entrevistas, hacerlo desde la empatía y no desde el cuestionamiento o interrogatorio. El tacto es fundamental al momento de tratar temas sensibles como vivencias o experiencias personales, nunca abandonando la ética periodística.

Referencias

- Abreu, C. (1991). *El reportaje: género mayor del periodismo*. Apuntes 24, Cuadernos de la Escuela de Comunicación Social (UCV).
- García Márquez, G. (1996). *La noticia de un secuestro*. Literatura Random House.
- Grijelmo, A. (2008). *El estilo del periodista*. Santillana Ediciones.
- Herreros, C. (1992). *Géneros informativos audiovisuales*. Editorial Ciencia 3.
- Lizano, R. (2010). *Manual de Géneros Periodísticos*. Universidad Católica Andrés Bello.
- Marín, C. (1986). *Manual del Periodismo*. Editorial Grijalbo.
- Martini, S. (2000). *Periodismo, Noticia y Noticiabilidad*. Grupo Editorial Norma.
<https://perio.unlp.edu.ar/catedras/narrativasgraficasdeportivas/wp-content/uploads/sites/13/2020/03/2-Los-sistemas-clasificatorios-de-las-noticias-Stella-Martini.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Coronavirus*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus>
- Real Academia Española. (s.f). Periodismo. En Diccionario de la lengua española. Recuperado en 26 de abril de 2022, de <https://dle.rae.es/periodismo>

Anexos

Transcripción - Ninosca Giménez

1. ¿A qué te enfrentas al trabajar con pacientes COVID? Carga viral, riesgo de contagio, variantes.

Como nunca antes, con tantos años de trabajo que he tenido en mi vida, he enfrentado muchas veces la muerte, pero nunca con tanto temor como con este virus. Es la primera vez que yo me pongo una braga, una mascarilla, equipo de bioseguridad tan complejo y con una frecuencia cardiaca como de 150, pensando que me podía morir y podía dejar a mi familia, pero que aun así tenía que hacerlo.

No solo enfrentar la posibilidad de mi muerte, sino enfrentar la posibilidad de la muerte del paciente y de fallarle al familiar, porque es un compromiso con el familiar, que está llamando y confiando en mí y la probabilidad de fallar, de equivocarme y perder a su familiar.

2. ¿Ningún virus se ha asemejado a este?

En mis 30 años de graduada, yo nunca me imaginé que iba a vivir un apocalipsis como este, jamás. Enfrente una vez el cólera, en mis años de medicina interna, y fue una cosa manejable porque el Estado estaba preparado para eso y la administración pública, pero con este virus violento agresivo, incisivo, cruel, desmedido, desconocido, impredecible, cambiante, vulnerable, que se burla de ti, que no le importas. Yo nunca me había enfrentado a una enfermedad tan volátil e impredecible, jamás me imaginé vivir esto como médico.

3. ¿Tu labor como médico se antepone a ese miedo?

Logré superar mis miedos. La primera vez que me puse esa braga sudorosa de 8 horas, que no podía tomar agua, no podía orinar, donde transpiraba y se empañaban los lentes, donde había calor. Superé, entendí la muerte, desde ahí me creí capacitada para ayudar. Yo soy una generación de los 60s, supuestamente soy una persona en población de alto riesgo, sin embargo me he considerado sana, antepongo el virus ante mi salud y todo lo demás.

4. ¿Cómo la COVID-19 afectó a tu rutina diaria? Primeros meses y evolución

Yo siempre he sido muy cariñosa, mis afectos los he demostrado físicamente, me gusta tocar, abrazar, besar, y a mis pacientes más, yo creo que el toque es algo mágico, y en la universidad nos enseñaron que siempre hay que tocar, sobre todo los internistas tenemos que tocar, para que el paciente se sienta atendido y eso afectó a parte de mi ejercicio de ser médico, ya no puedes tocar, no solamente al paciente, no puedes tocar directamente así los tengas que examinar con guantes, máscara, pero tampoco a tus amigos, familia. Pero he tenido que aprender a comunicarme, no solamente como médico, sino que como profesora universitaria, aprendí a dar clase con mis bases rudimentarias en la tecnología a través del zoom. Ha sido una batalla tecnológica, por esa parte he tenido que ocuparme de ella, entenderla, aprenderla. Soy más de tacto, de contacto físico y eso me ha afectado mucho en lo personal, familiar, en el aspecto social me he cohibido mucho de cosas que hacía antes, y sobre todo me ha afectado con mis pacientes.

5. ¿Has tenido que tratar pacientes a través de una pantalla?

Me han propuesto tratar personas a distancia, a través de videoconferencias, pero yo soy de la que sigo pensando que para saber realmente cómo está un paciente tienes que examinarlo y evaluarlo, tienes que verlo respirar, tienes que ver si suda, tienes que oír su corazón, tienes que auscultar sus pulmones, tienes que verle la cara, tienes que tener el contexto, y eso por cámara, por llamada, por un video, yo no he logrado hacerlo; puedo dar una sugerencia, una asistencia, una asesoría, pero yo por eso no voy a cobrar, eso lo hago como un favor, como una alternativa. He tratado gente lejos de aquí, pero es que las variantes, la sociedad, la comunidad es muy diferente a otra, puedo dar una asesoría. He dado asesoría a personas, familia y conocidos en Alemania, Argentina, México, pero es que yo no estoy allá, no conozco las variantes, las comunidades, los servicios de salud, es muy difícil tratar a una persona a distancia.

6. ¿Como los médicos han ido aprendiendo del virus?

Al principio había mucha literatura. Como siempre nosotros los venezolanos pensamos que no iba a llegar hasta aquí, siempre pensamos que iba a estar en el medio oriente, pero había una forma literaria de leer, interactuar, de comunicarse.

Cuando comenzó todo esto, nosotros teníamos un grupo con “Cultura Sin Fronteras”, y nos propusieron ser un grupo de élite para formar, preparar y conocer el virus, preparando médicos de primera línea para que atacaran si algún día venía para acá. Nosotros éramos un grupo de médicos, paramédicos que nos formamos en varias áreas del COVID, como primeros auxilios, atención. Yo me prepare para la clínica; forme más o menos a 200 médicos a nivel nacional, con respecto a prepararse a la llegada del virus, pero la teoría no tenía nada que ver con la práctica, toda aquella parafernalia, todas aquellas presentaciones, salía mucho temas como la genética molecular, la bioingeniería, la evolución del virus, cómo era que se presentaba, pero esto no tenía nada que ver cuando yo presentaba todos esos videos, toda esa clínica a tanta gente, no tuvo nada que ver cuando vi el primer paciente. Ya habían protocolos de RCP que estaban formados, que ya con esto no podíamos hacerlo, porque siempre había la probabilidad de contagio de la persona que realiza el RCP al paciente con COVID. Este COVID vino a cambiar protocolos de años, los cambió. Tú haces un RCP a un paciente normal, pero a un paciente COVID no, el tema es cómo saber si el paciente normal no tiene COVID, entonces vino a cambiar muchos protocolos que estaban instaurados hacemos muchos años

7. ¿Ha sido una especie de ensayo y error?

Ha sido un ensayo y error, porque una cosa es lo que dice la teoría, esa que estudiaste, y otra cosa es la que se te presenta, y eso es algo que tenemos que entender los venezolanos que no podemos hablar de México, pero hasta ahora nosotros no tenemos literatura venezolana de las vivencias que nosotros hemos tenido, o de las experiencias con el virus y los pacientes con COVID. No hay una literatura seria, estadística, epidemiológica, porque es que cada población tiene diferentes reacciones al virus, él es diferente y se comporta diferente, nuestra inmunología y nuestro sistema inmunológico es totalmente diferente a otros países de Europa, de América, de Asia, nuestro sistema es otra cosa, y el virus viene y se nos presenta de otra manera, eso es lo que tenemos que entender nosotros los médicos venezolanos.

8. ¿Cómo los medicamentos han evolucionado desde marzo 2020 hasta la actualidad?

Antes teníamos como una receta. “Tienes que usar Azitromicina, tienes que usar Ivermectina”. Al principio estudiamos nuestros medicamentos y eran medicinas basadas en evidencia, que significa que habían muchos estudios científicos, multicéntricos que decían que sí hay cierta efectividad en esos medicamentos. Entonces tú decías “vamos a aplicarlo”, te los estudiabas. Nosotros como personal de salud nos metíamos nuestras dosis de Ivermectina tanto tiempo como decía la literatura, por kilo/peso. Resulta que nunca protegió a nadie, a mí me causó una hepatitis y me intoxicó. Empezamos a entender que no, que la Ivermectina no funcionaba, que igualito la tomaras, no importaba cuantas pepas te tomaras o tus compañeros, igual se infectaban todos, igual morían y que los pacientes igual seguían desarrollando la enfermedad, entonces a medida de que fuimos evolucionando en el tiempo y tratando pacientes. Lamentablemente entendí que los medicamentos que yo indicaba anteriormente, son muy pocos los que quedan ahorita rezagados, que sé que efectivamente pueden resultar en el tratamiento, dependiendo de la fase en que se encuentre la enfermedad. Es un tratamiento muy evolucionado, y lo que puede ser cierto hoy, mañana puede ser falso, así de simple es esto. Va evolucionando los medicamentos como van evolucionando las diferentes variantes y mutaciones.

9. ¿Cómo ha sido la evolución de las variantes aquí en Venezuela?

Hasta ahora no tenemos una ingeniería molecular que nos diga éticamente “esta genética molecular es delta, esta genética molecular es el miu, esta genética molecular es el delta plus”. Nosotros trabajamos con la clínica, y siempre acuciosamente; por eso es que la evaluación médica física, el interrogatorio, el escudriñar; es como una investigación como si fuéramos unos CSI. “Vamos a investigar de dónde salió, cómo te sientes, como comenzó” y empezamos a armar una tramoya, por eso es que nos damos cuenta que una es diferente a la otra, a este le dio diarrea y este no, este tenía moco y este no. Así es que hemos ido pensando que esta debe ser una delta, esta una ómicron, pero no estoy tan segura. Que la ómicron está volátilmente por ahí, claro que va a llegar y claro que va a estar ahí, pero cómo saberlo. Puede que sea cierta, puede que haya más, es altamente transmisible, el tema es descubrir quién es ómicron y quién es un delta plus que es el que te puede matar, por eso es que tenemos que ser tan acuciosos con la clínica, no ser tan confiados ni tanto en negación porque parece que entran en negación de

no querer ver la realidad y es peor. Aquí toda gripe es COVID hasta que se demuestre lo contrario, tienes que descartarlo, estás en la obligación. Los hisopados te los tienes que hacer porque eso va a salvar tu vida

10. ¿Cómo haces para enfrentar la automedicación?

Existen muchas ideas culturales, místicas, religiosas. Tu puedes escuchar de la automedicación, pero siempre tratas de darle la información más clara, precisa y concisa sobre el riesgo que está corriendo, a veces la automedicación es ruda, ¿para qué vas a usar un antibiótico si esto es un virus?. No se pueden tomar antibióticos hasta que se sepa que además de un virus tienes una bacteria. A veces no se discute con el paciente sobre medicamentos que esté tomando por convicción, pero se le indica tomar un tratamiento que de verdad vaya con el virus. Tratar la automedicación es darle los medicamentos que son. La ignorancia es libre, vive en cualquier parte, así tengas dinero o no. Yo enfrento la automedicación, siempre y cuando no haya una contraindicación formal, o haya algún impedimento que contrarié lo que yo le estoy indicando, dejo que se tome sus medicamentos autorecetados, naturales o no, a mi me interesa es que él se mejore, así después crea que no lo cure yo sino las cosas aparte del tratamiento que se tomó. A veces no se puede, a veces no lo logro, pero ya es algo que tu tratas de manejar.

11. ¿Hay alguna noticia que se difundió por motivo de la pandemia que desmientas?

Hay muchas noticias falsas, hay tantas falsas que vámonos por lo que es verdadero. Aquí no hay ningún medicamento que te prevenga contra este monstruo, es mentira. Todo lo que te dicen que te puedes tomar es falso. Aquí lo único que te va a salvar es el distanciamiento social, el uso del tapabocas como debe ser, adecuadamente, tu mascarilla, si puedes tener la careta. El uso de alcohol frecuente y el lavado de las manos con jabón, mas nada, ni siquiera los guantes, porque estos tienen una falla técnica en su utilización donde inmediatamente te contagias. Nada de reuniones. Aquí no hay nada que te proteja contra eso, solo las barreras mecánicas, el hábito continuo de lavarte las manos, usar el alcohol en manos todo el tiempo. Que si lavar con cloro las superficies, sí, puedes hacerlo, pero no que te tienes que quitar los zapatos, desnudar y cambiar la ropa, eso es mentira, por estas cosas no vas a contagiar a tu entorno. Al principio de la pandemia existieron agresiones

contra el personal de salud que iban a su casa después de prestar un servicio 24 horas, eran rechazados, eran agredidos porque eran un foco de infección, ¿cuántas personas no sufrieron por eso?, por ayudar a otro. Era totalmente falso, gracias Dios entendimos ahora que no es así, a pesar de que mucha gente sufrió por eso, mucha gente nunca llegó a su casa después de una guardia, mucha gente dejó de ver a sus hijos por estar “contagiados” y nadie los dejaba entrar. Ahora han modificado algunas cosas, si sigue siendo contagioso, pero siempre y cuando resguardamos esa normas de bioseguridad básicamente estarán bien.

12. Cuales son las realidades de los sueldos de los médicos venezolanos (Hospitales, clínicas y servicio a domicilio)

En el hospital eso lo que da es pena, dolor, sudor y lágrimas. Lamentablemente el médico que está en un hospital, o tiene un apego impresionante a esa institución pública, más emocional que cualquier cosa, y siente que ya es mayor y está apegado a eso, o está cumpliendo un requisito indispensable para sacar una residencia de especialización y se tienen que calar su arroz con mango ahí, porque si no cumples con los requisitos no te gradúas, y por supuesto te calas los sueldos miserables que tienen allí los médico venezolanos. Yo trabajo en la institución pública, creo que por muy poco tiempo, tengo desde que me gradué en la administración pública, tengo más de 30 años trabajando en la administración pública, y nunca como ahora habíamos tenido tan bajos sueldos, es más sacando cuentas, nosotros pagamos al gobierno para trabajar, yo sufrago los gastos de la administración pública. A mí mi sueldo no me da ni para pagar la gasolina para ir un solo día al hospital. Nosotros, los que trabajamos en la administración pública mantenemos al hospital con nuestro sueldo. Y los recursos son patéticos, si no fuera por Médicos Sin Fronteras los que ayudaran en algunas instituciones no habría como atender a pacientes.

Con respecto a las clínicas, depende en qué condición estés, si estas como residente, si estas como un médico contratado por la clínica, son sueldos regulares, puedes vivir de eso, dependiendo si estas en terapia intensiva, emergencia, no es que es un sueldo admirable, pero puedes vivir. Hay muchas clínicas que explotan a los médicos. Ahora, el que es accionista es diferente. Son dos mundos totalmente diferentes.

La medicina domiciliaria, yo creo que tenía tiempo, pero nunca antes como con este boom con el COVID, por el aislamiento, por el familiar que no quiere movilizar a su paciente a una institución pública, por miedo al contagio, porque está tan mal y después no lo voy a ver, o la inseguridad e incertidumbre de comprar un medicamento que es tan costoso y no saber si se lo van a colocar porque está en aislamiento; por lo cual ha surgido la medicina domiciliaria, hay varios grupos que se han publicitado, que son grupos de atención domiciliaria, muchos otros seguros han tenido que verse en la necesidad de tener grupos encargados, por no poder llevar a los pacientes para las clínicas, diferentes seguros que llevan la medicina a tu casa. Ahora bien, no todos están preparados para eso. Nuestro grupo de atención domiciliaria es un grupo muy versátil, está muy bien constituido, yo soy la médico encargada de mi grupo, porque no hay otros médicos como tal, hay algunos médicos consultores, como neumonólogos con lo que se pueden consultar, pero es que no hay la suficiente confianza con los médicos actuales, no muchos saben lo que hacen, hemos visto muchos errores, creo que el tema de la atención domiciliaria tiene mucho que ver con toma de decisiones, es una toma de decisión familiar, la decisión es muy importante, quién te atiende y en el momento en el que te atiende, gracias a esas decisiones muchas personas se han salvado. Porque el concepto de atención domiciliaria debería ser de profesionales bien formados, lo han llevado a profesionales recién graduados, médicos integrales comunitarios, que tiene la capacidad de decir “vamos a darte una receta de cocina”, que ya tienen preestablecida, una receta que se le aplican a todo el mundo, no importa en qué estado esté, y a veces muchos familiares o pacientes se quejan de que no ha habido la atención requerida, necesaria a los llamados de atención, ven que a pesar del tratamiento no hay un seguimiento o no hay una mejoría, no hay una respuesta inmediata a un cambio de tratamiento adecuado. Nosotros hemos revisado muchos casos, muchos grupos que están atención domiciliaria, y gracias a los errores ensayos de ellos, nosotros también hemos aprendido, porque muchos de los errores de ellos nos han llegado a nosotros en malas condiciones y hemos tenido que atenderlos y gracias dios han salido adelante.

13. En los centros de salud, ¿cómo se obtienen los insumos? ¿Por parte del Estado, o por medio de donaciones u organizaciones en específico?

Por parte del Estado no hay, si tu no llevas tu tapabocas al hospital no tienes tapabocas, la mayoría de los médicos de la administración pública se tienen que proteger ellos mismos. Yo llevo mi máscara, mascarillas, si necesitas evaluar a un paciente puede que tengas guantes o no. Al principio las bragas se utilizaban, ya no, ahora son batas quirúrgicas, que no son totalmente impermeable a los fluidos, a veces en terapia intensiva si tienes tu braga de bioseguridad, al principio cuando las usaba tenía 8 horas con ellas, si tú te las quitabas antes era traición a la patria, porque era un insumo que tenias que usar durante toda tu guardia sin hacer pipí, sin tomar agua, sin comer, y sudando, las temperaturas ahí son altas. Pero cuando llegó “Médicos Unidos por Venezuela” fue diferente, tiene preparación de alto personal muy bien calificado, no solo como médico sino como con enfermeras, tienen una selección muy rigurosa del personal y dan muy buen material médico quirúrgico de bioseguridad, cuidan al personal que ponen en los hospitales, con ellos se trabaja muy bien, y son muy bien pagados, por eso es que son bien cotizados. Al principio estuvieron, pero en el proceso tuvieron problemas con el gobierno, ahora volvieron pero en menor cantidad, gracias a ellos pudo salir adelante la parte pública en algunos hospitales, donde están ellos hay una buena atención.

14. ¿Qué has tenido que hacer para salvar una vida?

Nosotros hemos tenido que enfrentarnos ante situaciones que otras personas han huido, mientras los demás corren a esconderse y a huir de ti cuando estás enfermo, nosotros vamos hacia ti. Un hombre joven, menos de 40 años, yo estaba confiada en su edad y en que lo iba a sacar, las estadísticas dicen que la morbilidad aumenta en mayores de 60 años, no en un hombre joven, sano, que está recibiendo el tratamiento adecuado. En ese momento no utilizábamos el remdesivir como lo utilizamos ahora, y hasta ese momento nos había dado muy buenos resultados en pacientes de 40 años con el tratamiento convencional. Hicimos una buena relación de amigos y vecinos. Un 18 de noviembre de 2020, me llama su mamá diciendo que su hijo no respira y yo bajé, sin mascarilla, con el estetoscopio y lo que tenía, lo vi, lo tiré al suelo, le hice RCP sin protección, y estuve allí, la mamá lloraba, y no pude hacer nada por él, después entendí que intenté RCP y podía estar contagiada, fue muy duro para mí, me sentí fracasada, pensé que fallé que me faltó algo, porque tienes que hacerte una autoevaluación, sino no puedes evolucionar, por cada

paciente que tú ves tú tienes que hacer una autoevaluación, pensar en lo que hiciste y no hiciste, a lo mejor si lo hubiésemos tratado ahorita, lo hubiésemos tratado con otros medicamentos que no tenías en ese momento porque no habían llegado al país, lo más probable es que se hubiera salvado, pero te lo juro que no pensé en el momento en que lo tire al suelo sin mascarilla sin protección sin nada, creo que fue el momento que más cerca estuve de haber tenido la enfermedad. He tenido pacientes que han fallecido y es mentira que te dejan de doler, es falso.

15. ¿Cómo manejas la muerte de pacientes?, ¿has tenido que aprender a sobrellevarla?, ¿cómo es el proceso de duelo?

Tu cada vez que te pones con un paciente, empiezas de cero, tu vas a con todo y le pones fe, y el familiar te estás entregando su confianza, está creyendo en ti, y tu estas creyendo en ti y te armas con todo, tu cabeza va a millón, vuela, es algo impresionante, desarrollas un instinto muy grande, tu empiezas a ver que hay que ponerle esto, darle aquello. Claro es importante la colaboración del familiar, de que este allí, que este pendiente, que pidas los recursos y te los tenga a la mano en el momento, es una cadena de colaboración, porque no es solamente ver las fallas de la enfermedad, cuando te abren las puertas de su casa, fallas emocionales, problemas psiquiátricos, personas tóxicas, tú ves y aprendes a tratar con todo. Tu no solo tratas el COVID, tú haces hasta terapia de familia, terapia de pareja, es impresionante porque llegas a hacer de todo, llegas a ser confidente, llegas a ser tantas cosas que quedan lazos, Nosotros tenemos pacientes que hemos visto hace dos años y nos siguen viendo como su familia, nos invitan a su casa, se crea un lazo que no se rompe, así se haya muerto su familiar. Y no importa la edad que tengan, te vuelve a doler, te duele cada uno. Hay cosas que tú no puedes resolver, no eres un Dios, no tienes el poder absoluto, pero siempre peleas contra la muerte, se la quieres quitar, pero a veces no puedes y te duele, así no llores, así el personal que está contigo no se dé cuenta, pero si te duele. Esta enfermedad me ha llegado a tocar fibras que en terapia intensiva cuando yo trabajaba eres duro, eres fuerte, se murió bueno que pase el otro, aquí es diferente, porque en terapia intensiva tú no lo conocías, si conocías el nombre era por casualidad, no sabes donde vive, ni como era su cara, ni ves su closet, su ropa, no sabes, ni quien era su mamá, pero aquí no, aquí conoces a su mamá, a su papá, a su familia y a sus hijos, lo que les gustaba comer, hasta te sientas a conversar con ellos, te cuentan su vida, aprendes de ellos,

te enseñan hasta recetas de cocina, su cultura, porque hemos tenido pacientes de diferentes culturas y aprendes cosas que no sabías, ¿cómo te despegas de eso emocionalmente? no puedes. Cada vez que llega la muerte es un fracaso más, y siempre tratas de estudiar más porque quieres ganarle una vez más a la muerte, quieres quitárselo, quieres devolvérselo al familiar. Es muy duro.

16. ¿Conociste colegas que perdieron la vida al estar expuestos a la COVID-19 por su labor de médico?

Sí. Nosotros en el hospital vamos a recibir una alta carga viral, porque son pacientes con virus y todos van a replicar, el porqué se contagiaron y por qué murieron pueden haber muchas causas y explicaciones, una falla técnica, “me quité el tapabocas” “tomé agua junto aquel”, y el sistema inmunológico después de la infección no sobrevive. Es bien triste que tantos colegas han muerto por salvar la vida de otro, deberían ser reconocidos, elogiados, porque mientras otras personas huyen, nosotros vamos hacia ella, en los hospitales hasta sin recursos. Hay algo que solo la comunidad médica tiene ese factor o defecto de pensar “yo soy inmortal, soy eterno, a mi no me pasa nada, los demás se enferman, yo no, yo salgo de esta”. El médico siempre va a pensar eso. Esa confianza ha tenido que ver con los que han muerto, porque el médico es el peor paciente, además, de que también entran en negación, pero es por el gran temor que le tenemos a la muerte.

17. ¿Crees que la falta de materiales e insumos provocados por la crisis ha sido uno de los causantes de la muerte de los pacientes?

Determinante, a veces ni siquiera los dejan entrar en el centro de salud, se quedan en las puertas afuera y mueren afuera, lo que pasa es que aquí no hay nadie que reporte eso. Se mueren en el suelo, tú los ves los pasillos COVID, pero no hay cámaras que graben eso, te quitan los celulares para entrar en el piso COVID, no se puede entrar con celular, y ahí tú ves pacientes tirados en el suelo, pegados a una mascarilla porque es lo único que tienen, oxígeno, más nada. El sistema de salud ya estaba colapsado antes de esto.

18. ¿En tu papel como médico, cómo te ha afectado emocionalmente la pandemia?

Me ha sensibilizado, emocionalmente me ha movido muchas cosas, y me ha llevado a reflexionar, a valorar más el ahorita, el ya, el valorar mis amigos, mi familia, mis afectos, me ha llevado a valorar lo afortunada que soy de ejercer esta profesión, de darme la oportunidad de cada día de volver y despertarme, estar sana, viva para seguir ayudando. Emocionalmente me ha llevado a muchas reflexiones, veo los colores diferentes, la vida diferente, el ahora, el acá, creo que estoy viviendo la vida con más intensidad, así sea encerrada, valoro otras cosas menos materiales, hasta el aire lo valoro más. Es una cosa tan impresionante, lo valoro mucho, porque sé que se puede ir, porque lo viví

19. ¿Has sentido estrés o ansiedad a causa de la pandemia?

He tenido estrés cuando sé que alguien cercano a mi está enfermo, y no se deja ayudar, eso es lo peor que te puede pasar, que cree que se las sabe todas, que todo se puede resolver, y que no importa, muchas gracias pero no te necesito. Eso me ha generado mucho estrés, las personas que yo quiero y se han infectado y no se han dejado ayudar, algunas están aquí, han sobrevivido, otras no, eso me ha causado mucha ansiedad. Y algunos pacientes también, en ese momento crucial de preguntarte qué más hago, qué más puedo hacer, o que de repente te digan “doctora ya no tengo más dinero, ya no sé qué hacer”, eso te genera una angustia, una ansiedad impresionante.

20. ¿Te has visto en la necesidad de cubrir los costos de instrumentos, materiales o medicamentos en los centros de salud donde has atendido casos COVID?

Sí, no todo se puede cobrar, hemos tenido que sufragar gastos, hemos tenido que ayudar a personas que no tienen dinero. Hemos dado nuestro trabajo gratis, son decisiones, hemos decidido hacerlo. Y si me tocaría lo volvería a hacer.

21. ¿La pandemia te hizo dudar de tu profesión?, o por el contrario te llevó a dar más de ti, investigar más, para así enamorarte más de la medicina

La profesión siempre la he amado y la seguiré amando. Me siento afortunada de estar preparada, de ofrecer mis servicios, de saber lo que sé, de tener las habilidades que tengo, de haber desarrollado esta intuición y estas capacidades. Me siento en mi mejor momento como médico.

22. ¿Te dio COVID?

Sí, fue con un colega, pero él tampoco sabía que tenía COVID. Nosotros nos cuidamos mucho con los pacientes, demasiado. Fue en un compartir, en un café, con un colega que no sabía que tenía COVID, y hasta ahora nosotros nos repetimos la PCR casi que cada 15 días para saber por seguridad del equipo. Al enterarme, sin yo sentir nada, dije me va a dar COVID.

23. ¿Qué te llevas de la COVID-19? ¿Qué te dejó la COVID-19?

El COVID ha sido una de las mejores escuelas de mi vida, me enseñó humanidad, respeto por la vida, respeto por los seres que tu quieres que están aquí, enaltecer a los que se fueron, entendí que si vuelvo a nacer volvería a hacer lo mismo que estoy haciendo ahorita, me enseñó a que no siempre tenemos la de ganar, que no sabemos todo, que no somos perfectos, no somos inmortales ni eternos, un día estamos aquí mañana no estamos, no nos las sabemos todos como médicos, eso me lo enseñó él. Tuve que estudiar otra vez, sigo estudiando, aprendí. Estas distancias, estas fronteras que hasta cierto punto nos han separado también nos han unido, es una situación que está viviendo todo el mundo, por primera vez en la vida podemos decir que lo que está pasando en otra parte del mundo también la estamos viviendo aquí, de una u otra forma, que no estamos tan separados ni somos tan diferentes uno de otros. Que no importa el dinero que tengas, si él decide te vas. Me ha enseñado a seguir peleando por esto, a seguir fortaleciéndonos académicamente, espiritualmente, me ha dejado muchas enseñanzas espiritualmente. Me parece que esta parte domiciliaria, no solo nos ha dejado en forma económica, porque también es una forma de ganarnos la vida, eso es importante, económicamente nos ha ayudado a mantenernos a todos los médicos que estamos trabajando a domicilio, porque muchas clínicas y consultorios cerraron, y nos reinventamos no solamente para prestar servicio, sino también para mantenernos económicamente, eso nos ha ayudado a sobrevivir de cierta forma, por eso es que nos hemos dado “el tupé”, de que a unos pacientes le cobramos y a otros le podemos donar nuestro servicio. Muchas personas de diferentes profesiones se han unido y hemos formado un equipo espectacular, diferentes caracteres y opiniones no han ayudado a la aceptación, y en equipo es que

podemos salir de esto, solo no podemos. En equipo podemos hacer grandes cosas, si nos ayudamos unos con otros podremos salir de esta.

Transcripción - Nicole Alvarado

1. ¿A qué te enfrentas al trabajar con pacientes COVID? Carga viral, riesgo de contagio, variantes.

La muerte, me expongo a la muerte, tanto del paciente como la mía y del equipo que está conmigo.

2. ¿Cómo la COVID-19 afectó a tu rutina diaria? Primeros meses y evolución

Sí me ha afectado en todo, no tengo vida, mi vida es el COVID. Ser médico es estar pendiente siempre de los pacientes que se te aparezcan y los que no son pacientes, como conocidos que se sienten mal pero no tienen como pagarte tu consulta. Estás pendiente de todo aunque no sea tu responsabilidad. Llegan personas desconocidas a preguntarte qué hacer si se sienten mal. Cualquier hora de la madrugada te llaman estresados porque no saben qué hacer y uno contesta, pacífica y humildemente para ayudar a la gente. He atendido llamadas a cualquier hora de cualquier tipo, a pesar de que a veces parezcan tontas. Uno está en servicio sin importar si está en un centro de salud o en la casa del paciente. Puedes estar comiendo en un restaurant y te van a llamar con una crisis porque su familiar se está muriendo y no saben qué hacer, igual atiendes el llamado, igual intentas ayudar a pesar de que pueden estar en Los Teques y tú en Petare

3. ¿Has sentido que ha interrumpido alguna fecha importante?

Sí; mi cumpleaños, diciembre, de este año y el pasado, entre otras. La mayoría de las fechas ya no son fechas importantes sino que es trabajo.

4. ¿Cómo los médicos han ido aprendiendo del virus? ¿Cómo han evolucionado los tratamientos? ¿Ha sido una especie de ensayo y error? ¿Cómo han ido cambiando los medicamentos?

Al inicio fue mucho más difícil de lo que creíamos, porque era algo 100% desconocido, creo que ese mismo desconocimiento se sigue sintiendo a pesar de

que pasó 3 años, te sigue pareciendo desconocido todo lo que ocurre, cada variante es distinta, cada paciente es distinto y realmente uno aprende con la experiencia, apoyándonos de lecturas y artículos de afuera, que fueron los primeros en caer en toda esta desgracia, ellos han sido un punto de referencia a todo lo que hemos llegado, a pesar de que no se parezca ni asemeje en los absoluto en lo que vemos aquí.

Todo ha cambiado. Medicamentos como la Ivermectina, el cloruro de sodio, el hecho de limpiarse los zapatos con cloro para entrar a algún lugar, todo eso ha cambiado al 100% desde que inició hasta ahorita, todo es completamente diferente.

Lamentablemente sí, suena feo, pero gracias a la pérdida de algunos hemos aprendido para poder salvar más vidas.

Es más difícil de lo que parece, normalmente las variantes son en lugares que tienen cero recursos o exceso de recursos y Venezuela no está en ninguno de esos dos puntos. No hay nada nunca como un punto medio, nosotros aquí leemos lo que ocurre afuera y tenemos que intentar pensar y asimilar cómo funcionaría aquí adentro, aun así sin esperar nada, porque no sabemos cómo vamos a reaccionar, ni el paciente, ni el virus, ni nada. El hecho de una variante nueva es volver a estudiar todo de cero y poner probabilidades que no sabemos si pueden ser reales. Es completamente diferente, todo es algo nuevo.

Aquí no se puede decir con certeza que ha llegado o que los pacientes que hemos visto este año hayan sido 100% ómicron, no hay la prueba de reactivo suficiente como para hacer ese tipo de prueba y saber qué tipo de variante hay aquí, no todos la pueden pagar y no todas las clínicas la tienen, pero se puede decir que es 70% más contagioso y se supone que es más leve, pero realmente no tenemos algo tangible como para decirte “te va a pasar como una gripe y ya”, hasta los momentos no es algo verificable.

5. ¿Cómo haces para enfrentar la automedicación?

El tema de Ivermectina estuvo un año entero arruinando nuestras vidas, no sabíamos que lo estaba haciendo porque salió que sí funciona, “entonces vamos a

tomar Ivermectina todos los meses” y resultó que a largo plazo hacía daño en el hígado, daño en los riñones, aumenta la pérdida de cabello, entre otro tipo de cosas. Hay gente que por la negación a la posibilidad de morir o de agravarse, ellos decían “la Ivermectina decían que funcionaba entonces yo me la voy a tomar”, “dicen que la Azitromicina funciona entonces yo me la voy a tomar”. A largo plazo, suele ser más difícil para nosotros, porque usualmente no nos contacta el paciente, sino un familiar que ven las cosas desde otra perspectiva del paciente y son los que alertan de la automedicación, el tema es cómo llegar a ese paciente y explicarle porque no puede hacerlo, ralentiza muchísimo todo el proceso de mejora, está por un lado lo que le hace el COVID y por otro lo que el paciente mismo hace que lo empeora.

En el caso de la automedicación, de nuestros propios pacientes hemos logrado sacar a casi todos los pacientes, uno de los que más se complicó era un muchacho de 24 años, al principio de la pandemia, estaba tomando Ivermectina, Azitromicina, Salbutamol, que él no sabía que le iban a hacer mal y lo terminaron complicando. Su familia se desesperó tanto que lo terminó llevando a la clínica y allí falleció en la terapia intensiva, porque no pudieron hacer nada, en ese caso se salió de nuestras manos y los familiares tomaron todas las decisiones.

Nosotros hemos atendido en dos años 234 pacientes, aproximadamente unos 70 de ellos se automedicaron y casi todos salieron adelante, sí fue mucho más complicado, fue mucho más engorroso, no fue un mes en su casa sino que fueron tres meses, un proceso más largo, pero en general no hubo tanto negativo, la mayoría logró salir.

6. ¿Hay alguna noticia que se difundió por motivo de la pandemia que desmientas?

Hasta el sol de hoy, aun hay gente que sigue limpiando las cosas con Gerdex o que todavía hay gente que cree que usar guantes en la calle al hacer compras, y que si vas a tu casa y tienes los mismo guantes y te lo pasas por la cara, esos guantes no funcionan para cuidarte contra el COVID, es una falsa seguridad lo que te crea, esa es una de las noticias que más nos ha frustrado.

7. ¿Cuáles son las realidades de los sueldos de los médicos venezolanos (Hospitales, clínicas y servicio a domicilio)?

¿Qué sueldos? En el caso de los médicos domiciliarios es algo más privado, tú no tienes un jefe que te diga “por trabajar 24 horas te voy a pagar tanto”. En el caso de los médicos que trabajan en clínicas y hospitales, la verdad es que no da mucho, la explotación a los médicos, enfermeras, cualquier tipo de personal de salud que esté trabajando con COVID, el sueldo es literalmente mínimo. Un caso que escuche fue de una enfermera que estaba ganando 2 dólares en un hospital, es lo más triste que he escuchado.

8. En los centros de salud, ¿cómo se obtienen los insumos? ¿Por parte del Estado o por medio de donaciones u organizaciones en específico?

Tuve la honrosa oportunidad de estar en el Hospital Vargas y hay una parte de insumos que viene de parte del Estado, normalmente son insumos descartables o desechables, como jeringas, macrogoteros, guantes, ese tipo de cosas, un cierto porcentaje viene de ellos.

También en ese hospital estaba la fundación de “Médicos Sin Fronteras”, ellos han hecho un gran trabajo intentando acoplar varios hospitales y lograr llenarlos de insumos mediante un proyecto sobre el COVID, gracias a sus protocolos internos ellos llenan los hospitales. Sé que cuando empezó todo esto, el Pérez Carreño II fue el primero en aceptar a “Médicos Sin Fronteras”, gracias a ello este hospital fue uno de los mejores y con mejor resultado en toda Caracas.

Se han ido esparciendo poco a poco, lo que pasa es que cuando la ola baja ellos no trabajan ni mandan insumos, si la ola sube, ellos rellenan con muchos insumos, es una balanza que no es fácil de equilibrar, no siempre está lleno de insumos todo. En hospitales o es el seguro social o son “Médicos Sin Fronteras” y no es en todos.

9. ¿Qué has tenido que hacer para salvar una vida? Experiencias impactantes, poner en riesgo tu propia salud.

Una anécdota interesante es estar 26 horas sin dormir fuera de un hospital esperando que le dieran ingreso a uno de nuestros pacientes. Era un señor mayor, se llamaba José, tenía 63 años, vivía en un comunidad de las invasiones, era como

el vecindario del Chavo, eran pasillo gigante con muchas puerticas, 5 metros cuadrados era mucho para el tamaño que tenía su casa. Era su cama, su cocina y el armario, no había baño, no había donde cepillarse, no había nada, era una persona que estaba prácticamente en un estado de indigencia. El señor trabajaba como barbero, decía que desde hace días se sentía mal, intentó llamar a sus hijos y ellos no contestaban, tuvo que llamar a una ambulancia y llegamos nosotros a su casa. El señor era diabético, se complicó muchísimo, el señor de por sí ya estaba saturando 70-60 y lo normal es por encima de 95, no podía caminar ni hablar, estaba morado, él no podía hacer absolutamente nada, decidimos llevarlo al Hospital Vargas.

En ese momento, la organización en Venezuela con respecto a las pruebas diagnósticas no son fáciles, porque tú para ingresar en un hospital, para el área COVID, tienes que tener una prueba PCR que confirme que tienes COVID, pero los laboratorios que hacen pruebas PCR trabajan en horario de oficina, entonces trabajan hasta las 3 de la tarde. Eran la 5 de la tarde, nosotros teníamos toda la mañana trabajando y a las 3.30 nos llamaron para ese servicio, llegamos a las 4 al Hospital Vargas y nos dijeron no lo podemos admitir, no podemos darle medicamentos, no podemos hacer nada porque no tiene una prueba, a pesar de que absolutamente todos en la entrada de la emergencia vieron como estaba ese señor, quien estaba demacrado, estaba gris y morado, estaba en la nada.

Tuvimos que entrar a pelear con los gerentes y los jefes del hospital, mientras peleábamos con los directores de “Médicos Sin Fronteras”, peleamos con las enfermeras, con los jefes de servicio, con la médico intensivista que estaba de guardia, hasta peleamos con el portero, con el camillero, con todos tuvimos que discutir para que aunque sea le dieran servicio al paciente, por lo menos que sacaran una bombona, mientras lográbamos conseguir una prueba para que le dieran la admisión. Al final estuvimos luchando tanto, estando 18 horas parados afuera del Vargas, estuvimos toda la noche, desde la 4 de la tarde hasta las 7 de la mañana con él, buscando la manera que no fallecería, dándole todo lo que podíamos, el hospital nos negó bombonas, estábamos en pleno pico de diciembre de 2020.

Al final logramos la admisión después de tanto revoloteo, movimos redes sociales, hicimos una campaña por Twitter, Facebook, Whatsapp, Instagram, por todos lados escribimos “Médicos sin fronteras y el hospital Vargas no nos quieren aceptar al paciente, tenemos tantas horas aquí” y fue tanto que llegó el presidente de “Médicos Sin Fronteras” y fue el único que atendió la situación.

Fue a las 7 de la mañana cuando decidieron colocarle un estetoscopio para escucharlo por primera vez en toda la noche y dijeron “sí, sí tiene COVID” y lo ingresaron al hospital. El señor tenía que ser operado, porque tenía un pie diabético y el pie estaba morado, tenían que amputárselo, entonces era otro factor que influía. Lamentablemente el señor José falleció a los 2 días, falleció en la terapia intensiva del Vargas, pero logramos que le dieran la admisión, espero que sus últimos dos días hayan sido mejores que estas horas fuera del hospital en la calle.

La organización con la que estaba trabajando era Ángeles en las vías, una ONG, trabajamos sin fines de lucro, estábamos ahí como un voluntariado, realmente estuvimos ahí porque simplemente no íbamos a dejar que se quedara afuera.

10. ¿Crees que la falta de materiales e insumos provocados por la crisis ha sido uno de los causantes de la muerte de los pacientes?

Creo que sí, de un 100%, un 80% es culpa de que no hay nada, el otro porcentaje son realmente los médicos que no les interesa realmente la vida de los pacientes.

Existen esos médicos que dicen "con eso se le quita y ya está" y nunca vuelven a ver al paciente, se desentienden, no los estudian y con el poco recurso monetario que tenga el paciente gasta en los medicamentos y después se da cuenta que no sirvió. Podemos decir que el hecho de que no tenemos materiales ni insumos ni agua en el hospital es una crisis. Que no haya cómo lavarte las manos entre cada paciente y tener que echarte gel o alcohol para cambiarte de guante y ya, no poder lavarte las manos como se debería, eso influye que se complique muchos los pacientes, lamentablemente.

11. ¿Conociste colegas que perdieron la vida al estar expuestos a la COVID-19 por su labor de médico?

No es un colega como tal, pero era un bombero que apoyaba mucho en el Hospital Vargas, todo el mundo lo conocía y quería porque era un bombero que siempre llevaba pacientes a la emergencia del hospital. El señor se contagió, pero como todo personal de salud, él se creía inmortal. "Eso se me quita solo", entonces nunca se dejó tratar por nadie hasta que lamentablemente llegó el día que no podía caminar ni respirar, lo llevaron al hospital y falleció en la emergencia porque no tenían cupo ni cama para el señor. Era alguien que estaba trabajando con COVID y falleció lamentablemente por la espera de una cama.

12. ¿Cómo manejas la muerte de pacientes? ¿Has tenido que aprender a sobrellevarla? ¿Cómo es el proceso de duelo?

Se supone que nosotros no nos podemos apegar al paciente, sea la especialidad que sea, desde camillero hasta el bioanalista. Pero eso es algo que aquí en Venezuela no existe, es imposible no crear una relación con el paciente, un lazo. Al atender a domicilio, entiendes mucho más al paciente, su familia, su entorno. Perder a un paciente, es como perder a alguien que conociste. Además, conociste a su familia, hijos, abuelos, sus padres.

Hasta el sol de hoy, no he aprendido personalmente a afrontar la muerte de un paciente. De los 234 pacientes que he atendido a domicilio, específicamente 17 fallecieron y a todos los recuerdo perfectamente, no hay ni uno que no recuerde el porqué, el cómo, el dónde vivían, el hecho de dejar pasar una muerte así como así, cuando estuviste meses en su casa o así sea una semana, no es tan fácil, eso todavía no he podido sobrellevarlo así tan sencillo, todavía no he llegado a eso

13. En tu papel como médico, ¿cómo te ha afectado emocionalmente la pandemia?

Es desgastante, estás ansioso, estresado, te deprimas, es horrible, es muy feo. Afecta de dónde venga, porque es algo que a todos les va a dar, llega una crisis donde tú has visto tantos pacientes y tantas cosas, después de un día puedes decir "salve muchas vidas", pero llega un familiar y te dice "soy positivo a COVID".

Estás asustado, tienes miedo, recuerdas cada paciente que tiene los mismos síntomas que ese familiar y piensas que de esos perdiste dos. Entonces es muy

estresante, muy ansioso. Si esto se acaba algún día, porque tengo fe de que se va a terminar algún día, todos vamos a terminar viendo a un psiquiatra obligatoriamente, porque todo te afecta. Pierdes hasta el sueño, no duermes, estás toda la noche esperando a que algo suceda, siempre estás estresado no importa lo que hagas.

14. ¿Te has visto en la necesidad de cubrir los costos de instrumentos, materiales o medicamentos en los centros de salud donde has atendido casos COVID?

Sí, hemos hecho múltiples "donaciones" o la "caridad", no sé cómo llamarlo. Atendimos a una persona allegada al grupo de atención médica en domicilio, ella estaba negada a que era COVID y no tenía absolutamente nada, en el sentido de que llegue a esa casa, abrí la nevera a buscar agua, a buscar algo y no había absolutamente nada, estaba completamente vacío, estaban los platos sucios, todo sucio, fui al baño y no había papel, jabón, pasta dental, y la vi a ella acostada en una cama y me acuerdo que me dijo "no quiero que estés aquí, no porque no me vayas a ayudar, sino que no quiero que tú me veas morir", yo le dije que estaba ahí para ayudarla, ella era una enfermera del hospital Pérez Carreño y era profesora de enfermería.

En ese momento lo único que pasaba por mi mente era no llores, por favor, no llores. Ahí dije no puedo dejarla así, trajimos de todo: concentrador de oxígeno, medicamentos, inyectadoras, contratamos a otra enfermera para que fuera todos los días. Creo que en ese momento fue que me di cuenta que hacemos una caridad grandísima, no podíamos dejarla así, esa es una de las veces que donamos absolutamente todo, desde medicamentos hasta compras de comida, higiene personal, le lavamos la ropa, le compramos sábanas nuevas, hasta ropa, todo lo que pudimos darle se lo dimos.

15. ¿La pandemia te hizo dudar de tu profesión? O por el contrario, te llevó a dar más de ti, investigar más, para así enamorarte más de la medicina.

Yo creo que es un 50/50, porque siempre están en estos caso que te preguntas por qué estudiaste medicina y también está esa parte que te dice que fuiste capaz de hacer algo mucho mejor, puedo seguir haciéndolo mejor, puedo mejorar.

Es un 50/50 en todo esto, tiene sus momentos malos con los pacientes que te preguntas qué hago aquí, y está la otra parte que dices puedo hacer investigaciones, puedo estudiar, puedo intentar hacer un proyecto más grande, puedo crecer. Es una montaña rusa.

16. ¿Qué te llevas del COVID? ¿Qué te dejó el COVID? Enseñanza o no.

Me enseñó muchas cosas, me enseñó a valorar los pequeños momentos, ya el simple hecho de pensar que tú puedes estar aquí, que podemos estar aquí y que al día siguiente me digas "me dio fiebre" y después me digas en dos semanas "tal persona falleció porque le dio COVID", realmente me ha enseñado a valorar, a ser más humano, a tener más comprensión, a tener un poco más de amor a la familia. A tener más pasión por lo que hago, si agradezco el día en el que decidí estudiar esto. Gracias a esto, me di cuenta que ayudar a las personas es para lo que nací, nací para ayudar, y eso es algo que la pandemia me dejó.

Transcripción - Maritza Durán

1. ¿A qué te enfrentas al trabajar con pacientes COVID? Carga viral, riesgo de contagio, variantes

Trabajar con un paciente con COVID es muy complejo desde el punto de vista en el que uno lo mire. En primer lugar; desde la perspectiva del paciente, porque son pacientes, sobre todo los de la primera y segunda ola porque fueron aquellos que llegaban a la clínica en malas condiciones y que pueden tener una evolución incierta, que ahora están bien y de repente están mal. También está el miedo cuando llegan a terapia intensiva y se complican, muchas veces estos pacientes no salen y fallecen.

Al principio, fue el miedo de enfrentarse a lo desconocido y caer en cuenta de que es una enfermedad que nunca se había vivido de esa manera. El COVID es una enfermedad muy traicionera.

Cuando ya creíamos que todo se había calmado, ahora con *Ómicron*, que es leve ya que la mayoría de los síntomas son similares a un resfriado común y que van a evolucionar bien, nos encontramos con que ya están llegando a la clínica con

pacientes mayores que no están vacunados - sobre todo por miedo -, pacientes que tienen muchos meses con la vacuna y no se han puesto el refuerzo, por ende baja la efectividad de la misma. Otra vez estamos viviendo las complicaciones de los pacientes, tener que subirlos a terapia intensiva, las llamadas de medianoche.

Es difícil desde esa perspectiva.

Por otro lado, son pacientes que como están en aislamiento, están solos y debes mantener una comunicación constante con sus familiares porque te están llamando y escribiendo. La carga de trabajo es mayor, la carga emocional también aumenta debido a la angustia por parte de la familia del paciente, con toda la razón. Sobre todo por el hecho de que no lo pueden ver. Es duro llamar a una persona y decirle: “tu familiar falleció” o “a tu familiar hubo que subirlo a terapia intensiva”, es difícil.

También está el miedo al contagio, en mi caso me he contagiado dos veces de COVID. Ya no me da miedo contagiarme, tengo suficientes vacunas y gracias a Dios donde estoy tengo buena protección. Sin embargo, sí hay miedo al contagio por la exposición, te expones tú y expones a tu familia, sobre todo si tienes a una persona que puede evolucionar mal si le da COVID. Es muy difícil, trabajar en un centro privado es más fácil porque tienes recursos pero si te toca trabajar con COVID en sitios públicos la cosa se pone color de hormiga.

2. ¿Cómo la COVID-19 afectó a tu rutina diaria? Primeros meses y evolución

Fue horrible, específicamente en la ola de contagios de agosto, que fue un espanto, en la ola de marzo-abril del año pasado también y en la de diciembre. Cuando los casos empiezan a subir, el agobio crece porque son pacientes muy demandantes, te llaman constantemente tanto los familiares como las enfermeras porque algo sucede. Es común las consultas por WhatsApp con “salí positivo, ¿ahora qué hago”, el paciente necesita que los acompañes y que le digas algo, pero a veces no le puedes responder a todos porque no te alcanza el tiempo o los mensajes se pierden entre tantos.

De verdad afecta mucho porque aumenta la carga de trabajo que ya uno tiene, normalmente la carga es fuerte y cuando llegan estas olas de COVID, el trabajo es

peor y en una situación particularmente estresante. Por otro lado, uno estudia siempre, lo hace a diario pero la evolución de la investigación sobre el tratamiento de la enfermedad ha sido cambiante, lo que amerita que estés al día, leyendo, revisando. Además, debes enfrentarte a esas personas que empiezan a inventar y la idea no es hacer daño, es ayudar.

Por esto, es muy importante estudiar y hay mucha gente que sufre el fenómeno del *Burnout*, del agotamiento. Personalmente, lo he sentido en temporadas en las que he estado de guardia en plenas olas de COVID y llegan momentos en los que pareces un zombie, te cuesta pensar, llegas a tu casa y tienes que atender llamadas, te despiertan en la madrugada y llega un punto en que estás cansado, es difícil. Justo en este momento, está comenzando a complicarse otra vez pero nada parecido a lo que ya vivimos.

3. ¿Cómo los médicos han ido aprendiendo del virus? ¿Cómo han evolucionado los tratamientos? ¿Ha sido una especie de ensayo y error? ¿Cómo han ido cambiando los medicamentos?

Ciertamente ha existido un tema de ensayo y error, sobre todo al principio. Me pongo a recordar el tratamiento con el que tratamos a los pacientes COVID al principio de la pandemia y ellos se salvaron porque se tenían que salvar. Cuando empezó a aparecer el tratamiento con Dexametasona y la tomó profilaxis, sin duda todo ha ido evolucionando. Ahora sabemos más pero uno siempre trata de hacerlo basado en estudios clínicos, entonces debemos estar pendientes de revisar y chequear lo que está sucediendo en otros sitios.

En el caso de Venezuela, nosotros siempre vamos un poco más atrás de las olas, por lo menos en Europa ya tienen experiencia. Primero fueron los chinos, después los europeos, luego los americanos y por último nos tocó a nosotros. Eso nos daba ventaja de ir aprendiendo de la experiencia de lo que ya han ido haciendo.

Entonces sin duda, el aprendizaje correcto debe estar basado en la investigación clínica, que es lo que te da las pautas a seguir, los estudios serios. Hay mucha gente que inventa. Además que eso es cambiante, lo que era verdad en marzo de 2020, hoy es totalmente mentira. Ya sabemos que la Doxicloritina no sirve, que los

antibióticos no sirven para tratar al COVID, que la Dexametasona hay que indicarla en un momento dado. Hay muchas cosas que hemos aprendido.

4. ¿Cómo haces para enfrentar la automedicación?

Al principio, más allá de la automedicación, era el clamor que la gente te pedía que le indicaras un antibiótico y uno le respondía “*eso no se trata con antibiótico*”. La gente necesita que tú le des algo. Hay pacientes que no necesitan nada, que con un Acetaminofén se conforman pero al principio, te pedían que les recetaras Vitamina C, Vitamina D, Zinc, Omega 3, cualquier cosa. Hoy en día, ya se ha visto que tanta cosa no hace falta.

Ahora están surgiendo otros medicamentos, unos antivirales. Ya estamos más claros. Hay que hablar mucho con los pacientes, de hecho por eso surgió en la clínica la idea de los live en Instagram que hacemos los días jueves para hablar de COVID. A las personas, hay que educarlas. Deben saber de qué manera se está manejando todo para que se hagan menos daño, revisando sus signos de alarma y que consulten temprano, no esperen a que sea muy tarde cuando ya no se puede hacer más nada. Pero la base de todo eso, es la educación. Los médicos debemos estar educados, investigar y la población debe educarse también. Eso es responsabilidad nuestra y también gubernamental, educar a la población

5. ¿Hay alguna noticia que se difundió por motivo de la pandemia que desmientas?

Sí claro, las redes sociales pueden ser muy útiles o muy dañinas. En el caso de la divulgación de información correcta, pueden ser muy útiles pero cuando se crean fake news, ocurre lo malo.

Hubo mucho de eso cuando comenzó la pandemia y aún siguen saliendo en redes, sobre todo al principio cuando existía la necesidad de saber y saber, distintos estudios clínicos eran liberados antes de ser revisados por pares. De esta manera, se sacaron conclusiones apresuradas con estudios cortos o de baja calidad científica. Eso sin duda, influyó de gran manera en que las cosas se hicieran de manera diferente a como lo hacemos actualmente.

Sin duda, debemos estar atentos a todas las opiniones que vemos en redes que no tienen ningún fundamento científico, sobre todo porque hay gente que cree en eso.

6. ¿Cuáles son las realidades de los sueldos de los médicos venezolanos? (Hospitales, clínicas y servicio a domicilio)

En Venezuela, la realidad va a depender de si tienes o no recursos económicos. En cuanto a los hospitales, hay buenos médicos - la mayoría - y hay ganas de trabajar, pocos recursos. Por ejemplo, los cupos en la terapia intensiva son limitados, acceso a drogas como Remdesivir. La gente en los hospitales debe comprar hasta las inyectadoras. Los medicamentos más sencillos muchas veces cuesta para ubicarlos y la gente los tiene que traer, imagina un medicamento costoso.

En cuanto al servicio a domicilio, hay que tener cuidado porque todo tiene su indicación y hay que saber cuándo un paciente ya no puede ser tratado en casa o saber su situación, por ejemplo que no tiene los recursos para ser tratado desde la clínica. Es necesario dejar en claro a qué se está exponiendo. Hay que tener sumo cuidado con la prescripción cuando se va a domicilio, yo lo he vivido y por esa razón, en la Sociedad de Medicina Interna estamos interesados en mantener la educación médica para evitar los “combos COVID” que no funcionan. La atención domiciliaria bien llevada tiene su beneficio, ya que no todo el mundo cuenta con el dinero para hospitalizarse en una clínica o no quiere estar en un hospital.

En el caso de la clínica, hay que tener buenos recursos económicos, debido a que es costoso y los seguros no están cubriendo al 100% y siempre se debe pagar un deducible o medicamentos que hay que comprar por fuera. En efecto, son tres realidades diferentes y todo va a depender de los recursos de la persona.

7. En los centros de salud, ¿cómo se obtienen los insumos? Por parte del Estado, o por medio de donaciones u organizaciones en específico

En cuanto a las clínicas es diferente, hay personal que es contratado y la clínica le paga un sueldo y están otras personas que cobran por honorarios profesionales. Aquí el problema de los salarios no es tan común. El problema radica en los costos para el paciente, donde es necesario estar respaldado por una buena póliza o una

ayuda económica porque puede llegar a ser costoso. En los hospitales, el tema del sueldo es más difícil. El trabajo no se refleja en el pago del servicio prestado.

8. ¿Te has visto en la necesidad de cubrir los costos de instrumentos, materiales o medicamentos en los centros de salud donde has atendido casos COVID?

No solo de COVID. Más de una vez, ha tocado ayudar a alguien que necesita algún medicamento o algún insumo, se hacen donaciones, se apoya a la persona, eso pasa con mucha frecuencia, sobre todo en los hospitales. Hay personas que ni cuentan con los recursos para hacerse un laboratorio, a veces hay hematología pero no química sanguínea o viceversa. Muchas veces aflora la solidaridad de la gente.

9. ¿Crees que la falta de materiales e insumos provocados por la crisis ha sido uno de los causantes de la muerte de los pacientes?

En relación al desabastecimiento, ha ido mejorando en el sentido de que ahora lo que necesitas es dinero para comprar las cosas pero se consiguen. Recuerdo que hubo un momento alrededor de 2017-2018 que aquí no había drogas antihipertensivas, broncodilatadores, insulina, así tuvieses todo el dinero del mundo te costaba conseguirlo. Ahora ciertamente se consigue pero con un mayor costo. Obviamente cuando una persona necesita un medicamento que es esencial para su tratamiento y no se le puede dar porque no lo hay o no se puede buscar en ese momento, más de una persona ha muerto por eso. Es una situación que se ve en los hospitales, no siempre hay los recursos para atender a los pacientes, hay muchas fallas y eso incide en que el paciente fallezca.

10. ¿Qué has tenido que hacer para salvar una vida? Experiencias impactantes, poner en riesgo tu propia salud

Con COVID, las experiencias con los pacientes dependen de muchos factores. Por ejemplo, en la clínica no se ve tanto esas experiencias que puedan ser impactantes pero sí te marca cuando están llenas las terapias intensivas y tienes un paciente abajo en piso que está descompensado y sabes que necesita un ventilador porque lo ves asfixiado. Esa experiencia es terrible. Entonces te quedas ahí, tratando de apoyarlo, le pones un bipap pero ves que no es suficiente y sigues esperando el cupo en Terapia Intensiva o el traslado pero todo sigue lleno. Esa situación te

marca, el paciente te dice “Dra., no me deje morir que tengo hijos chiquitos”. Eso es feo, eso desgasta.

Más allá de lo que se ha hecho para salvarle la vida a un paciente, es lo triste de la situación. Decirle a un padre o a una madre, que está hospitalizado por COVID, que su hijo falleció por la misma enfermedad. O llamar a alguien por teléfono para decirle “tu papá acaba de fallecer”. Eso es horrible porque los pacientes habituales, están con sus familiares al lado. Esta gente está sola, y tú llamas a los familiares en la madrugada para decirles que se acaba de morir y eso es horrible porque no los ven. Uno por ejemplo, cuando nos percatamos que el desenlace fatal es inminente, tratas de que la familia entre a verlo porque piensas “Dios mío, esta gente no puede verlo”. Intentas uno por uno que pasen para que vean a sus familiares antes de morir y eso es triste, ver a la gente que se está muriendo y está sola mientras el familiar está desesperado por verlo. Esa parte de la muerte en soledad por culpa de COVID-19 es muy maluca. Eso marca, porque además es desesperante para nosotros.

Además de eso, también ver gente que por más que hagas lo posible, no lo consiguieron y se murieron pero están los pacientes que les pusimos todo y de todas maneras, el virus te gana. O el que sale de Terapia Intensiva, después de días de intubación, baja a hospitalización y tarde o temprano se muere porque los pulmones están destrozados. Todas esas cosas marcan y dan miedo cuando tú ves a un paciente llegar y dices: “Ay Dios mío, este no va a evolucionar bien”, porque sabes que vas a volver a vivir la historia y es muy maluca.

11. ¿Cómo manejas la muerte de pacientes, has tenido que aprender a sobrellevarla, como es el proceso de duelo?

Bueno, eso siempre afecta y depende de la circunstancia pero sí. Tú dices muerto y me acuerdo de muchas personas, te vienen a la memoria personas que fallecieron por la enfermedad y que tú dices “Wao, estaban muy jóvenes y no debieron haber fallecido” como también hay gente mayor pero sin duda, habían personas que todavía tenían mucho que dar y muchachos jóvenes. A uno todavía le pega, lo manejo con vino jajaja pero obviamente es necesario también buscar momentos de distracción porque si terminas metido ahí, terminas quemado. Terminas mal. Pega

mucho, porque debes compartir eso con los familiares pero debes sobrellevarlo y tratar de distraerte porque uno tiene familia y si no lo aprendes a manejar, te puede llegar a afectar muchísimo.

12. ¿Conociste colegas que perdieron la vida al estar expuestos a la COVID-19 por su labor de médico?

Sí claro, sí. Es feo y ha sido muy malo, tengo una compañera que se murió el año pasado, que era infectóloga en Valencia y ella trabajaba muchísimo con estos pacientes. Le dio COVID por segunda vez y se la llevó. Claro que sí, varios compañeros, internistas. El problema es que los que murieron en las emergencias de los hospitales cuando no habían suficientes recursos para atender a los pacientes, sobre todo en los hospitales en el interior del país que no contaban con suficientes máscaras de protección. Varios internistas fallecieron por culpa del COVID debido a que estaban expuestos en su lugar de trabajo.

13. En tu papel como médico, ¿cómo te ha afectado emocionalmente la pandemia?

Simplemente no me gusta. Yo estuve un mes sin ver pacientes COVID y estuve feliz, ahorita que comenzó una nueva ola de contagios y justo ahorita que estoy de guardia ha sido rudo. Anoche me llamaron que había que subir un paciente a terapia, entonces comienzan los trasnochos y te despiertas en la madrugada, después no puedes dormir pensando además que tienes que llamar a la esposa del señor para decirle que está en UCI. No la puedes llamar en la madrugada porque la viejita está sola en casa porque sus hijos no están. Son situaciones complejas y afectan, te causa estrés. Esa es la palabra, te agobia.

Los pacientes COVID requieren un cuidado particular. Ningún paciente tiene un piloto automático, pero esta enfermedad es muy traicionera. Esa traición de la enfermedad te causa mucha ansiedad, a pesar de que ya te dio. Ahorita la mayoría de los casos son llevaderos pero cuando te llega uno con esos pulmones blancos que a uno no le gusta ver, eso causa mucha angustia.

14. ¿Has sentido estrés o ansiedad a causa de la pandemia? ¿Has tenido que ir a terapia?

Hasta ahora no, honestamente porque uno lo va llevando. Haciendo otras actividades y otras cosas que te sacan un poco de eso. Hasta ahora, no he sentido la necesidad de acudir a un profesional de la salud mental. Sin embargo, pienso que en los picos de pandemia valdría la pena que a la gente que está en emergencia, ofrecerles esa ayuda porque puede servirles al momento que el cansancio te abrumba.

15. ¿La pandemia te hizo dudar de tu profesión? O por el contrario, ¿te llevó a dar más de ti, investigar más, para así enamorarte más de la medicina?

La pandemia ha hecho que me guste más la medicina, obviamente. Es un reto, ya que hay que estudiar y a mí me gusta hacerlo, también el contacto con la gente y cuando se logra y se tiene éxito, también te regocija mucho, no todo es fracaso. La medicina es así, es vida y es muerte. A veces debes acompañar a morir bien, ya que no toda la muerte es un fracaso pero a veces es difícil. Por el contrario, me he afianzado más a mi profesión y me ha hecho estudiar. Lo que no te mata, te hace más fuerte jajaja.

Me contagié de COVID-19 dos veces por estar en otra exposición. Parece mentira, pero yo me siento más segura en mi ambiente de trabajo porque yo sé que ahí tú no te quitas la máscara, estás protegido con tu face shield, con tu equipo de protección personal. El problema no está ahí, el problema está afuera cuando te vas a comer con alguien o estás en alguna cuestión con tu familia y te encuentras con alguien que tú no crees y está contagiado. En el trabajo no me he contaminado ninguna de las dos veces.

17. ¿Qué te llevas del COVID? ¿Qué te dejó el COVID?

El COVID te enseña que somos vulnerables, muy vulnerables. Una cosita que ni se ve es capaz de afectar y de demostrarte que debemos seguir estudiando e investigando, que hay que vivir la vida y disfrutarla porque no sabes cuándo va a cambiar. Te enseña de todo, a valorar más lo que tienes, te enseña que tienes que estudiar y seguir aprendiendo, también a reforzar la compasión por las personas que están sufriendo y que padecen la enfermedad con gravedad y tener la esperanza de que se vaya de una vez.

Transcripción - Maira Campos

1. ¿A qué te enfrentas al trabajar con pacientes COVID? Carga viral, riesgo de contagio, variantes

Hoy en día, nos enfrentamos mucho al riesgo de contagiarnos y que ese contagio pueda producir la muerte. Realmente, la gran incidencia de los síntomas ya ahorita, sea de *alfa*, *delta* u *ómicron* tiene efectos colaterales, que incluso la vacuna contra esta enfermedad, bien sea la Pfizer, la Sinovac, la Sputnik, han disminuido la carga viral. Sin embargo, no deja de ser un riesgo para uno como médico, porque igual tienes ese riesgo de que te puedas contagiar, ese efecto de que puedas incluso morir dando de ti para combatir esa enfermedad, no hay la seguridad de medicamentos y tratamiento. Cuando inició el COVID, tú te enfrentabas a lo desconocido, no sabías si al contagiar te ibas a morir o no, entonces ya cuando pasas los síntomas tienes que cuidarte, porque eso no era lo que esperabas, pero existe dependiendo del grupo etario, bien sea jóvenes, adultos, de edad avanzada, va a ser el riesgo.

No es lo mismo trabajar con un grupo etario pediátrico que van a presentar síntomas muy leves, e incluso con una simple rinorrea hialina tengas COVID, no es lo mismo los síntomas de un paciente adolescente, ni los de un paciente adulto mayor, obviamente la carga viral de este virus es más hacia la edad avanzada, porque ya allí hay pacientes que tienen patologías previas, bien sean enfermedades subyacentes, asma, hipertensión arterial, diabetes.

Esto incrementa el riesgo de morbilidad, se complica la cosa, porque no solo tienes COVID, sino que tienes otra enfermedad asociada que te puede complicar los síntomas. La carga viral es tan alta, bien sea *alfa*, *delta* u *ómicron*, un paciente asmático se te puede complicar en segundos si te descuidas y si no tomas el tratamiento adecuado. No tenemos un tratamiento para el COVID, tenemos tratamientos sintomáticos. Además, hoy en día contamos con las vacunas pero realmente no hay un tratamiento como tal.

2. ¿Cómo el COVID afectó a tu rutina diaria? Primeros meses y evolución

La afectó demasiado, es una evolución, como una montaña rusa, porque al principio como médico general y estudiando, porque en plena pandemia estaba estudiando el postgrado en anestesiología, cuando me dijeron que tenía que cubrir o ayudar a mis colegas, yo me sentí impresionada, de verdad en este momento tengo que cubrir esas necesidades de esos pacientes que necesitan ayuda de nosotros. Fue un choque, personalmente, dije "señor que sea lo que tú quieras". Cuando tú te enfrentas a esta enfermedad, no sabes a qué te enfrentas, es una enfermedad nueva para ti, tú dices "si me contagio, ¿será que me muero o no me muero?" porque así tal cual, vulgarmente lo decíamos nosotros, pero creo que lo más importante de esto, es que nosotros teníamos que ayudar al prójimo, teníamos que ayudar a los demás servicios, aunque no fuéramos del servicio tratante, porque en este caso trataban más los infectólogos y la medicina interna, yo era anesthesiologo.

Fue una experiencia de choque pero fue productiva a la vez porque aprendimos muchas cosas que no sabíamos de esta enfermedad, para todos los médicos fue un choque, porque era algo que no conocíamos, no es como un asma, no es como una neumonía, no es algo quirúrgico, que tú sabes a lo que te vas a enfrentar, no había teoría previa, era algo que uno escuchaba como lejano, por la China, por Italia pero realmente cuando llega aquí es que tú ves el verdadero caos que ocasiona esta enfermedad y que no pensábamos que iba a llegar, eso fue lo más impactante. Cuando llegó, fue el caos total de Venezuela.

3. ¿Cómo los médicos han ido aprendiendo del virus? ¿Cómo han evolucionado los tratamientos? ¿Ha sido una especie de ensayo y error? ¿Cómo han ido cambiando los medicamentos?

Existían diferentes estudios que te decían "los síntomas del COVID hay que tratarlos como una neumonía convencional o una neumonía comunitaria", por lo que nosotros en tratamiento, nos basamos en aquellos trabajos científicos que ya habían publicado en otras partes como China, que no tenían mucho tiempo de iniciado. Nosotros al principio, tratábamos esto como una neumonía, bien sea unilateral o bilateral, lo enfrentábamos como neumonía, tratábamos de atacar eso con tratamiento convencionales, los cuales eran con antibiótico y tratar de disminuir la carga viral que eso causaba, con tratamiento antirretrovirales, pero después salieron

estudios que decían que realmente ese no era el tratamiento, entonces al principio estábamos errados.

Como fue una enfermedad nueva, nosotros íbamos probando como iba evolucionando el paciente, ensayo y error está enfermedad realmente fue eso. No teníamos un tratamiento para combatir este tipo de enfermedad. Sin embargo, como ya tenemos dos años, ya hay trabajos científicos, que incluso ya hoy en día hemos utilizado, como por ejemplo el Remdesivir, que es un retroviral, que también ha disminuido bastante la carga viral, entonces ya esos medicamentos que anteriormente nosotros utilizamos, lo seguimos utilizando pero en menor incidencia y ya.

Hay otros estudios que con otros tratamientos, con otros medicamentos, podemos disminuir la incidencia de los síntomas del COVID y la incidencia en la carga viral de esta enfermedad. Pero realmente esto fue un ensayo y error. Fue un gran choque, porque por ejemplo: si tienes un paciente que tiene una peritonitis, tú sabes que con una extirpación de cualquiera de los órganos que esté produciendo van a disminuir esa infección y con antibiótico sabes que va a ceder, pero con esto qué tanto si esto es un virus, porque como sabemos los antibióticos son para bacterias, antifúngicos son para hongos, los antivirales son para los virus, pero en este caso fue un caos, porque entonces estábamos probando medicamentos que de verdad tuvieran buenos resultados para que el paciente tuviera una mejoría clínica, pero si fue ensayo y error, que vivimos y seguimos viviendo.

Hoy en día, gracias a la vacuna, ha disminuido muchísimo, aunque haya pacientes que no se quieren vacunar, pero según los estudios científicos hay que vacunarse, la vacuna no es contra el COVID, sino que va a disminuir la carga viral, de repente sí te da el COVID, pero no es con los síntomas que antes daban, no es tan grave, con la vacuna disminuye, puede dar una simple tos, una simple fiebre y hasta ahí, pero si es un paciente que no está vacunado corres un mayor riesgo, la incidencia de los síntomas tanto respiratorios y neurológicos es mayor, es más difícil para tratar al paciente.

Hay que ver la clínica y la evolución del paciente, eso es lo principal, si tú interrogando a un paciente y dice "yo comencé hace 15 días" ya tú sabes que según la teoría del COVID, dependiendo de qué cepa sea, ya tú más o menos tienes una idea de cómo será el comportamiento del paciente y el virus, porque ya pasas un periodo de incubación que puede ser de 5 a 7 días, desde el contagio hasta que aparecen los primeros síntomas, entonces sabes cómo se va a comportar el paciente, hay que ver la evolución, y dependiendo de eso va a ir su tratamiento.

Todo depende de la clínica del paciente, de cómo se cómo se comporte, cuántos días tenga y qué ha tomado para eso, dependiendo de todo eso es que se decide si el paciente requiere un tratamiento de primera, segunda o tercera fase, porque el tratamiento va a depender del paciente un paciente que tenga síntomas leves, no es lo mismo que tenga síntomas ya graves, porque llega un punto que ese paciente tiene un menor porcentaje de sobrevivencia, no es lo mismo tratar a un paciente leve, con un tratamiento leve asintomático, a uno que vaya de moderado a grave, porque ya sabes que ese paciente puede o no salir, o puede que cuando el paciente llegué a tener síntomas graves no salga, lo que le espera ya todos lo sabemos por el riesgo que hay.

Yo creo que hay que saber identificar eso para que puedas tener un tratamiento adecuado, en pro a que el paciente se pueda recuperar. Yo he visto pacientes que comienzan con síntomas leves y ya en 15 días los ves súper graves, pueden que no hayan tomado el tratamiento adecuado, no han tenido el reposo adecuado. "Eso es una simple gripe", pero no te has tomado la molestia de por lo menos ir al médico, consultar, o tomar algo para que eso pueda disminuir, entonces cuando ves al paciente en 15 días, lo ves prácticamente azul, porque de unos síntomas leves, ya se convirtió en grave, entonces ya tu tratamiento cambia, no es lo mismo eso a uno que tengas que intubar, a otro que tenga otros criterios y que obviamente el riesgo de muerte es más del 95% cuando son graves

4. ¿Cómo haces para enfrentar la automedicación?

Es muy difícil, de por sí como médico general tratar a médicos es difícil, porque los pacientes preguntan si pueden tomar medicamentos para síntomas que realmente no tienen, no entienden que no se lo pueden tomar porque yo no se lo estoy

indicando. Es muy difícil, llegan pacientes con síntomas de dolor de cabeza, tos, fiebre y dicen que tomaron Paracetamol y Azitromicina, se están haciendo mal. La automedicación que ellos hacen es errónea, porque los medicamentos que toman no son para eso, estás haciendo placebo y no lo puedes hacer, pensaste que te alivió lo que tomaste y realmente no lo hizo, entonces la automedicación no la comparto, es un tema muy difícil cuando el paciente se automedica.

Dependiendo de lo que tomen pueden agravar los síntomas y el estado del paciente, porque en internet publican muchas cosas, dicen que en caso de tomar Acetaminofén, tomas cualquier cosa y te automedicas tomando Azitromicina o Vitamina C. Realmente si tú quieres tener un tratamiento adecuado tienes que ir al médico, él es el que te va a indicar realmente si necesitas tomar antibiótico o no, porque hacemos el mal uso de los antibióticos y lo que hacen es que ese antibiótico se vuelva resistente a las bacterias que nosotros tenemos en nuestro organismo, luego cuando se quiera utilizar ese antibiótico no se podrá, hay que usar otro, porque como te automedicaste, ya no puedes usar ese.

Ellos mismos se están dañando el organismo. Te puedes automedicar con algo simple como el Acetaminofén, pero con antibióticos es muy delicado, es un tema muy difícil aquí en Venezuela, porque todo el mundo se automedica. Yo no estoy en contra de los guarapos y se los digo a mis pacientes, porque los medicamentos vienen de lo natural, pero hay que saber usarlos, sino tampoco es bueno.

El tema de la automedicación es un tema muy difícil para mí, porque aunque tú le expliques las consecuencias no te hacen caso.

5. ¿Hay alguna noticia que se difundió por motivo de la pandemia que desmientas?

Yo siempre he rechazado los antibióticos, es un tema difícil, porque no te puedes automedicar, siempre he rechazado el tema de los antibióticos y el mal uso que los pacientes le dan. Hay algunos trabajos científicos que dicen que profilaxis para el tratamiento del COVID, pero hasta que punto puedes tú mandar antibióticos, si un paciente está con síntomas leves, bien sea cefalea, fiebre, malestar general, pero no tiene síntomas respiratorios, que lo auscultas y el examen físico no sale absolutamente nada, entonces ¿por qué me vas a mandar antibióticos? Si estás

creando resistencia bacteriana, al menos que se vea algún indicio de que tiene algo en los pulmones y le mandas tratamiento profiláctico, ahí yo lo aceptaría, pero si el paciente está con síntomas leves, no tiene más nada, tratamiento asintomático. Siempre he rechazado el mal comportamiento que tienen los pacientes con los antibióticos "me duele un oído" antibiótico, "me duele un pie" antibiótico

También rechazo la información capciosa que hay sobre el COVID-19, por ejemplo si una persona está hablando con otra, la incidencia de que se contagie, dando el otro positivo a COVID, es muy menor, porque ambos estaban usando tapabocas, así sea uno de tela, pero te disminuye la incidencia de que yo te contagie, porque ambos están protegidos.

La otra cosa es que si bien la KN95 te protege en un 95%, eso es verdad. Sin embargo, el tapabocas de tela también te protege, sigue siendo menor la incidencia, es mejor eso a estar desprotegido, porque si uno dio positivo y el otro tiene el tapabocas abajo, la incidencia de que te contagias es mayor. Si tu usas el tapabocas, te lavas las manos y sigues los procesos, se puede prevenir, pero siendo muy minucioso, porque realmente si nosotros nos cuidáramos bien no hubieran tantos contagios, porque desde que se llega a casa, se debería quitar la ropa, dejarla en un lugar, te bañas, limpias todo, y estás en tu lugar de confort, porque sabes que nadie entrará, y así no debería haber contagio de más nada, y en teoría deberíamos usar tapabocas incluso hasta en la casa, porque tú no sabes quién de afuera viene con COVID y te contagias. Si esas fueran las medidas desde el principio, yo creo que no hubiese tanto contagio.

Aquí en Venezuela, el tema de la prevención es más difícil, por temas como falta de agua, que si no tienes carro uses transporte público, solo al principio vimos que los puestos eran los que se llenaban y eso estaba bien, pero hoy en día no, lo vemos en las camionetas y en el metro, más situación económica, porque realmente ahorita esto es un temas más de situación económica, porque a un bus no le conviene llevar nada más los 30 puestos, pero la gente no es consciente tampoco, porque llevan el tapabocas abajo. Yo odio a un persona que tenga guantes, y que los guantes de agarren la cara, la nariz, coma, eso es lo más antihigiénico que yo he visto, es preferible que andes sin guantes, e incluso solo recomiendan el alcohol en

60%, ni siquiera al 100%, ya con eso vas a disminuir allí las bacterias, es preferible con las manos y que a cada rato te estés lavando para tocarte o para quitarte el tapabocas, a qué andes con guantes y que igual vas a tocar en todos lados y te vas a agarrar la cara, no es lógico.

6. ¿Cuáles son las realidades de los sueldos de los médicos venezolanos? (Hospitales, clínicas y servicio a domicilio)

En mi experiencia, las tres las he vivido, en el hospital fue una mala experiencia realmente, prácticamente nosotros enfrentamos algo que no sabíamos y al enfrentar esa realidad, nosotros también nos vimos expuestos, al principio no teníamos esa protección, después realmente llegaron, pero al nosotros tener esa protección y entrar al área donde realmente estaba el COVID era una experiencia muy desagradable, porque yo entraba al área de terapia intensiva, porque yo estuve en El Llanito desde las 8 de la mañana y salía a las 4-5 de la tarde de allí, obviamente no podía tomar agua, hacer pipí, no podía comer, entonces fue una experiencia al principio desagradable, porque tenías que estar ahí para atender a los pacientes que estaban súper mal, porque terapia era el área donde aislábamos a los pacientes allí que estaban mal, al no contar con los recursos me estresaba porque el paciente necesitaba oxígeno, no tenía máscara en ese momento, el paciente necesitaba y no tenía medicamentos, fue un estrés y ansiedad total, porque tú tienes la intención de ayudar, pero entonces si no tienes los recursos, ¿cómo haces?

Fue un esfuerzo no retribuido, al principio por lo menos a mí nunca me retribuyeron eso que hice, eso lo hice porque a mí me nació, porque es mi deber como médico, el ayudar, pero no fue retribuido realmente. La experiencia en el hospital, para mí no fue muy buena, fue buena porque aprendí muchas cosas que no sabía, pero fue mala porque los insumos no eran condicionados para ese tipo de pacientes y murieron pacientes, todavía a mí me pesa, porque sé que pude haber hecho más, y por falta de recursos no lo pude hacer.

Con el desarrollo de la pandemia, tuvimos el apoyo de fundaciones, eso sí lo vi positivo, daban mascarillas, caretas, máscaras simples. Durante la pandemia, por lo menos en el hospital El Llanito, hubo fundaciones que se unieron, para donarnos

comida, desayuno, almuerzo, cena, snacks y esas cosas. Pero no fue como tal del hospital, fue de fundaciones.

Médicos Unidos por Venezuela, fue una de las fundaciones que estuvieron ahí, fue demasiado positivo, porque lo necesitábamos. Por parte del Estado, al principio no hubo apoyo, ya después sí, pero al principio estuvimos como 3-4 meses en esa lucha con falta de insumos, falta de medicamentos, falta de muchas cosas.

7. ¿Qué has tenido que hacer para salvar una vida? Experiencias impactantes, poner en riesgo tu propia salud.

Una de mis experiencias es que uno de mis pacientes me entró en paro, en paro es que el paciente ya estaba muerto, y yo estaba vestida y se me olvidó que estaba vestida, no podía ver absolutamente nada, yo tenía que intubar al paciente, yo no veía nada con la careta, porque aparte tú te pones un equipo de protección que incluye además del equipo quirúrgico, están los guantes, careta, braga, la KN95, con todo eso es difícil respirar y no veía absolutamente nada, y si no se intubaba al paciente, este se iba a morir, a mí no me importó nada y me quité todo, le dije a mi compañero "no puedo intubar así", me decía "Maira", pero no podía, así intube al paciente, al final el paciente se murió, pero a mí no me importó, le dimos RCP, el paciente pudo salvarse esos minutos, pero ya a los 20 minutos el paciente no pudo sobrevivir, pero sí estuve expuesta.

Otra de mis experiencias fue en la clínica, fue casi lo mismo, tenía la máscara que estaba empañada, el paciente entró en paro y para poder ayudarlo me tuve que quitar la careta, no el tapaboca, para poder ver.

Cuando tú tienes que intubar a un paciente, tú estás 100% expuesta a qué te contagias si no cargas nada de lentes o caretas, porque todos los fómites te van a caer en la cara, es una exposición al 100%, pero en las ocasiones que me ha pasado no me ha importado.

8. ¿Crees que la falta de materiales e insumos provocados por la crisis ha sido uno de los causante de la muerte de los pacientes?

Hoy en día los insumos han mejorado, pero desde el inicio de la pandemia, la falta de insumos ha causado la muerte. Es tanto el miedo a que tú veas a un familiar que está a punto de la muerte, que hacen lo que sea para conseguir, para hacerle los exámenes, para comprarle el tratamiento que no se tiene en el hospital.

Es muy difícil cuando le tienes que decir a un familiar que compre un medicamento que cuesta 300 dólares, no todo el mundo tiene ese dinero, y que tú sabes que ese medicamento no va a ser el único, puede ser por 5-7 días. Yo creo que, hoy en día las personas han tenido más posibilidad de conseguir, no todos, pero si lo han hecho.

9. ¿Conociste colegas que perdieron la vida al estar expuestos a la COVID-19 por su labor de médico?

He tenido muchos colegas que han fallecido por COVID, porque han estado expuestos a la enfermedad. Justamente, tengo a alguien muy cercano que murió de COVID, eso fue hace un año prácticamente, trabajaba con nosotros.

Realmente cada colega que fallece a causa de eso me da mucho sentimiento porque son personas que son de tu gremio y que estamos ahí para ayudar con el fin de brindarles salud a los pacientes, y esta enfermedad ha abatido a mucha gente, no solo médicos, sino también pacientes y el gremio médico sí ha tenido bastante incidencia de muerte, incluso se ha reportado a nivel mundial, no solamente en Venezuela.

El peor paciente son los médicos, piensan que no están enfermos o que no es para tanto, no toman el reposo adecuado.

10. ¿Cómo manejas la muerte de pacientes? ¿Has tenido que aprender a sobrellevarla, cómo es el proceso de duelo?

Al principio me chocó, cuando yo vi al primer paciente que murió por COVID, fue un choque, porque no lo quería dejar ir, le daba RCP y realmente fue una experiencia muy dura, porque claro, yo he visto morir pacientes, pero con esta enfermedad fue un choque, por qué decía "lo reanimo o no lo reanimo", porque al principio con tantos trabajos científicos, decían que los pacientes COVID no son reanimados, por

el alto porcentaje de riesgo, porque al tú reanimar a un paciente se eleva los virus que salgan del cuerpo y se tiene más exposición del virus, pero al principio me decían "cómo no vas a reanimar a una persona que se está muriendo", esa fue mi primera impresión.

Ya después sí dije "no puedo dejar de reanimarlo", así los trabajos científicos dijeran lo contrario, si tengo todo el equipo, ¿por qué no? la incidencia a qué yo me contagie es menor, claro hay una exposición, pero si todos estamos cubiertos con una protección adecuada, no debería haber contagio.

Pero es una experiencia dura, yo lloré, ya hoy en día es menor, porque como médico te acostumbras a ver algo, te da pesar pero después como lo ves tan seguido, porque yo vi muchas muertes seguidas, a mí se me han muerto 5 pacientes en un solo día por COVID, con la experiencia en el hospital al principio y eso me pegó, es un impacto muy duro para uno, pero ya después yo dije "di todo de mí, si no se pudo no se pudo", no puedo darme golpes de pecho porque es desgastante.

11. En tu papel como médico, ¿cómo te ha afectado emocionalmente la pandemia? ¿Has sentido estrés o ansiedad a causa de la pandemia?

Afecta mucho. Yo viví un estrés horrible cuando mi mamá se enfermó por COVID, cuando me dijeron que mi mamá tenía dificultad respiratoria, eso fue un impacto emocional que yo lloraba cuando hablaba con mi hermana, porque yo decía "mi mamá se me va a morir", porque ya yo sabía las consecuencias de eso, ya yo sabía que si tú tenías dificultad respiratoria, podrías a un punto de moderado a grave y que esos síntomas exacerbaran, eso emocionalmente afecta mucho, algo impactante.

Al principio también, porque uno no sabía a qué se enfrentaba, pensaba que con esta enfermedad, con la que tienes que estar más expuesta, será que hay mayor riesgo de qué, porque no se qué puede hacer, no es una neumonía común, no es una gripe, es algo desconocido, que no sabes que si te dan los síntomas vas a quedar bien después. Es una incertidumbre total.

12. ¿Te has visto en la necesidad de cubrir los costos de instrumentos, materiales o medicamentos en los centros de salud donde has atendido casos COVID?

Realmente al principio en el hospital sí, habían unas cosas que sí tenía en casa si las llevaba, pero del resto en las clínicas no, las clínicas han cubierto esa parte de instrumentos, materiales, tratamiento.

Pero al principio en el hospital sí, después tuvimos el apoyo de donaciones, entonces el hospital se cubrió de esas necesidades. Sin embargo, hacían falta insumos pero yo no los tenía y no los podía llevar o comprarlos para todos, porque no era para un solo paciente.

13. ¿La pandemia te hizo dudar de tu profesión, o por el contrario te llevó a dar más de ti, investigar más, para así enamorarte más de la medicina?

Sinceramente, al principio me hizo dudar muchísimo, personalmente me hizo dudar, "¿será que yo sirvo para esto?", porque siento que lo estoy haciendo mal, porque veías a los pacientes y no podías hacer nada por falta de insumos o porque tú hacías y el paciente no se recuperaba, "¿será que realmente yo lo estoy haciendo bien?", "¿lo estoy haciendo bien o lo estoy haciendo mal?", esa era la pregunta, porque veo que en los pacientes no hay mejoría, veo que con otro tratamiento tampoco, entonces sí me hizo dudar. Esta enfermedad fue algo impactante, que no sabías a qué atenderle, ni las consecuencias que tenían.

Pero ya después, pensé que estaba dando más de mi esfuerzo, ya no es mi culpa, si yo estoy dando mi esfuerzo, si estoy dando más de mí, ¿qué hace falta?, los insumos no me corresponden, eso es trabajo del hospital, de la clínica, porque esos son entes gubernamentales que tienen que también ayudarnos a nosotros, porque nosotros damos la parte médica, pero la parte de los insumos no lo podemos dar nosotros.

Nosotros tuvimos que investigar, leer, estudiar de nuevo una enfermedad que abatió a nivel mundial. Entonces tuvimos que estudiar de nuevo, después de estudiar 7 años, volver a estudiar otra cosa que no era de tu especialidad, porque yo estaba haciendo un posgrado de anestesiología, que tal vez tenga vínculos, porque una

cosa conlleva a la otra, pero que nunca me esperé. Tuve que aprender más, investigar más, tuve que hacer más. Incluso, imagínate un médico anatomopatólogo, que ellos no pasan consultas ni nada, que también tenían que apoyarán, hubo y hay odontólogos que tuvieron que ayudar, ellos ven una parte de medicina, pero ellos no son médicos, se tuvieron que integrar a nuestro gremio, que tuvieron que recetar, examinar, dar tratamiento y no son médicos, entonces a parte de nosotros también estaban ellos y otros que nos apoyaron, creo que fue una experiencia de aprendizaje, porque un odontólogo qué va a saber de esas cosas, no lo sabe y no es porque no lo estudian, simplemente no es su especialidad y tuvo que aprender por la pandemia, todo es aprendizaje, todo es enseñanza, aprendíamos o no, una de dos.

Obviamente investigando y estudiando fue que pudimos sacar a muchos pacientes, porque así como fallecieron muchos pacientes, hubo muchos que con el tratamiento y con los cuidados que nosotros tuvimos pudieron salir, era y sigue siendo un ensayo y error.

14. ¿Te dio COVID?

Las dos veces que me ha dado fue por estar expuesta con los pacientes, la primera fue por estar expuesta en el hospital, yo estuve aislada un mes en mi casa, ya después cuando me reincorporé todo bien. Nuevamente en la clínica, me volvieron a dar COVID por trabajar con pacientes COVID estando expuesta. Está última vez que no me hice la prueba, porque yo ya sabía que era COVID en enero, pero esa no fue por la exposición con pacientes COVID, sino por estar con mi familia.

15. ¿Qué te llevas del COVID? ¿Qué te dejó el COVID?

Me llevo que ninguna enfermedad la podemos subestimar, por muy pequeña que sea, por muy mayor que sea, realmente está experiencia fue buena y mala. Buena porque aprendiste cosas que no sabías, buena porque te deja enseñanza que tienes que ser mejor médico, tienes que tratar bien a tus pacientes, porque realmente la parte que más deprime a un paciente la ansiedad, tienes que saber tratar a ese tipo de pacientes, buena porque a pesar de todo, nosotros lo médicos venezolanos pudimos sobrellevar esto y lo seguimos sobrellevando.

Malo porque has perdido familiares, colegas, has perdido a muchas personas allegadas a ti. Para mí, la enseñanza que nos deja es que cada día nosotros tenemos que cuidarnos más, ser más conscientes, porque hoy en día la gente no es consciente, ahorita piensan que el COVID es mentira y no lo es, es la realidad, lo que pasa es que ya nos acostumbramos a eso, lo que queda es cuidarnos y yo hago el llamado a todos a qué se coloquen la vacuna, porque no te vacunas contra el COVID, pero te baja la incidencia, porque se ve una mejoría en los centro después de la vacuna.

Transcripción - David Martín

1. ¿Hubo un cambio con la llegada de la COVID-19 en su labor?

Desde que se inició la pandemia, aunque nosotros los médicos de alguna manera ya conocíamos lo que venía desde principio de año y sabíamos que en un momento dado podría llegar a Venezuela. No fue hasta marzo que fue decretada en Venezuela la pandemia, por supuesto a pesar de que teníamos conocimientos y que por lo menos en la institución donde yo trabajo que es Clínica El Ávila, nosotros ya teníamos preparados y adelantados los protocolos desde ese mismo enero.

Protocolos que, en teoría íbamos a hacer si nos empezaban a llegar las pacientes, incluyendo las pacientes obstétricas, puesto que yo soy el coordinador de sala de parto obstétrica de la clínica, pues me encargué en esa área los protocolos cuando ingresara una paciente para prepararnos en ese sentido, lo que es instalaciones, protocolos de tratamiento, etc., una enfermedad totalmente desconocida.

Como te dije en marzo se decretó la pandemia y quizás los dos primeros casos que llegaron, eran pacientes del extranjero de viaje, y en ese tiempo tenían que internarse, porque había la sospecha de que podías tener la enfermedad y hasta que no tuvieran las pruebas positivas o negativas, no se daban de alta, esas pacientes fueron negativas.

La primera paciente fue en agosto de ese año que llegó para hospitalización, tuve la ocasión de ser el médico tratante de esa paciente. Ella ingresó el 5 de agosto, de marzo a agosto pasaron 5 meses. Por supuesto para nosotros era mucha angustia,

puesto que las pacientes obstétricas, de lo que ya se comenzó a publicar en algunos datos desde unos meses antes, ya sabíamos que una gran mayoría de las pacientes embarazadas, eran pacientes asintomáticas, más de un 40%. Por lo tanto, la mayoría que nos podían llegar no tenían síntomas, entonces la preocupación de los obstetras es la posibilidad de contagio con pacientes al no tener síntomas, a pesar de que uno hiciera todas las medidas de seguridad, en esos meses no conocíamos a ciencia cierta cómo de alguna manera actuaba el virus, y uno hacía todas esas medidas.

Al decretarse la pandemia, por supuesto las consultas fueron restringidas, prácticamente se eliminaron. Cada uno en sus consultas hizo las medidas de seguridad, ahora las consideramos un poco exageradas, ya que hoy en día que conocemos al virus, se maneja de una manera totalmente distinta, pero sí repercutió porque la paciente embarazada tiene que verse normalmente en un control prenatal mensual y entonces al tener esto, muchas pacientes tenían miedo de salir a la calle, de asistir a una institución donde podían haber pacientes con la enfermedad.

A pesar de que nosotros, el área hospitalaria y consultorios están totalmente aparte, pero para la paciente era un miedo salir a la calle. Entonces los controles prenatales en un principio se hizo en telemedicina, simplemente preguntar cómo estaba la paciente y si era muy necesario habría que verla, en algunos caso si presentaba alguna emergencia, sangrado, dolores pues se tendría ver.

Al principio ante la duda y el miedo del paciente, se hizo mucha telemedicina, esto de alguna manera y de forma general, sí trajo problemas desde el punto de vista obstétrico, porque sabemos que la telemedicina no es accesible para toda la población.

En mi caso particular, yo trabajo en privado y por supuesto el acceso a teléfonos inteligentes y otro tipo de tecnología es mucho más fácil, pero en líneas generales, refiriéndome a la pandemia, a nivel latinoamericano y venezolano, la telemedicina quizás no es lo más fácil. La paciente que va a un hospital no tiene un contacto directo con un médico, entonces ahí se originó un gran problema de salud pública, puesto que la mayoría de estas pacientes no podían ser vistas y es una enfermedad

que puede originar grandes complicaciones, tanto a la madre como al bebé. Entonces, esas pacientes no tenían unos controles prenatales, ni siquiera por telemedicina y por lo tanto eso originaba un problema de salud

2. ¿La falta de control trajo consecuencias en los bebés y en las madres?

Sí, porque esta enfermedad generalmente provoca algunas complicaciones, lo más frecuente es lo que se llama preeclampsia o hipertensión inducida por el embarazo, que se sube la tensión arterial y aparte de la parte respiratoria, que es la complicación propia de la enfermedad, fiebre, dolores musculares, etc. En la mayoría son asintomáticos, la mayoría sin enfermedad leve, generalmente el 85% de las embarazadas cursan con enfermedad leve, apenas un 10% de enfermedad moderada y un 5% de enfermedad grave, que son las que van a terapia intensiva o hay que intubarlas, etc., que es la minoría. El 85% leve se trata desde casa y no se hospitaliza, pero al tener una complicación en una embarazada que se le suba la tensión, debería ser controlada por un médico y los controles prenatales al estar prácticamente cerrados, esas pacientes no se podían hacer prevención de alguna manera y vigilancia del embarazo, que siempre hay que hacerlo por muchas enfermedades y patologías que se pueden presentar en el embarazo per se y que no tiene nada que ver con el COVID. Entonces, esas pacientes no estaban siendo chequeadas como era debido al principio de esta pandemia y del embarazo. Sobre todo, la pandemia trajo problemas a nivel general, ya sea público o privado, las pacientes no se veían.

3. ¿Existe alguna probabilidad de que el niño venga con anticuerpos?

Sí, sobre todo los anticuerpos se pueden dar más por la lactancia materna. Cuando la madre amamanta a su hijo, de alguna manera la madre transmite esos anticuerpos a los bebés, un tipo de anticuerpo sí puede traspasar la placenta y de alguna manera, tenerlo el bebé. Eso no sabemos si lo protege, en teoría podría ser pero todavía no está bien establecido realmente si eso puede proteger al bebé de que tenga la enfermedad, pero de algún modo sí lo puede hacer.

4. ¿Cómo manejan el tema del tratamiento COVID en cuanto a embarazadas? ¿Hay medicamentos que no pueden consumir?

En líneas generales, los tratamientos son relativamente parecidos a una persona que tiene COVID que no está embarazada. En las embarazadas, hay dos cosas particulares, dos medicamentos que se empezaron a usar al principio, que son: el Remdesivir y el año pasado que se empezó a usar el Tocilizumab, esos al principio estaban proscritos en el embarazo, porque no teníamos una base sólida de investigación, hay que recordar que la población embarazada es bien particular. Cuando se hacen investigaciones normalmente, no se incluyen a las pacientes embarazadas ni los niños, es una norma ética que normalmente se realiza en los estudios de investigación a nivel mundial, hay un movimiento para que se incluyan a las pacientes embarazadas, puesto que son unas pacientes que están en riesgo, que tienen un bebé y que de alguna manera uno quiere darle la mejor opción de tratamiento a ella en cualquier enfermedad, incluyendo la COVID-19.

Por supuesto, no había y no se iban a hacer estudios con el Remdesivir por ejemplo, entonces al principio estaba contraindicado. Hoy en día, en algunas ocasiones, no siempre, a lo mejor se usa este tipo de medicamentos en pacientes que están en un estado moderado o inclusive grave. Como cualquier enfermedad, desde el "punto de vista compasivo", por más efectos secundarios que pudiera tener, a lo mejor logramos más efectos antes de la muerte de la mamá o la muerte del bebé.

Quitando esos medicamentos, la mayoría se utilizan los mismos como oxígeno, los esteroides, etc. Generalmente, lo que se usaba al principio y sobre todo, en la parte de coagulación, puesto que la paciente embarazada tiene un chance mucho mayor de hacer trombosis y en eso casos, estaba indicado hacer la profilaxis de coagulación, que a lo mejor en otros pacientes no tanto, pero en la embarazada era una norma.

5. Las mujeres embarazadas, ¿entran dentro de la población en riesgo?

Es una población en riesgo, igual como puede ser los pacientes inmunosuprimidos, pacientes que tengan VIH, las personas que cáncer, etc., todos esos pacientes que son de riesgo, las pacientes embarazadas entran dentro de ese grupo de pacientes que hay que estar con una vigilancia muy estricta.

6. Han existido muchas dudas sobre la vacunación y embarazo. ¿Si tiene algún efecto? ¿Cómo lo han manejado?

En los primeros estudios que se hicieron, no estaban incluidas las embarazadas. Las vacunas empezaron a aparecer en diciembre del 2020 y las pacientes embarazadas no estaban incluidas en el grupo. Hubo una gran presión para que se le diera el tratamiento a las embarazadas, puesto que el tipo de vacuna que se estaba aplicando no afecta realmente al bebé, lo sabemos por la teoría, cuando son virus vivos atenuados, como lo es la vacuna contra la fiebre amarilla, está contraindicado con el embarazo, pero este tipo de vacunas per se, sabíamos que no iba a afectar al embarazo y al bebé, que es generalmente lo que uno le preocupa y siendo una población de alto riesgo para complicaciones, la sugerencia era que debían vacunarse las embarazadas.

A los pocos meses en Estados Unidos, se comenzó a tener datos sobre la vacunación en embarazadas. En un principio, en los países desarrollados, se les dio a las mujeres que estaban embarazadas y no lo sabían, se les aplicó la vacuna y a las mujeres médicas embarazadas se les colocó, porque eran un personal de alto riesgo a que pudieran tener la enfermedad. Esa población fueron los primeros resultados que tuvimos y salió que no generaba ningún efecto secundario tanto en la madre como en el bebé. Ahí se empezó a masificar, ya que la mayoría de los países, la parte sanitaria comenzó a dar autorización para que se vacunarán a las embarazadas, con una presión de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, que las pacientes embarazadas deberían vacunarse.

Al día de hoy, todos los médicos recomendamos, incluso antes de que fuera oficial, a las mujeres embarazadas a que se vacunaran, pues el riesgo en teoría era muy bajo, entonces empezaron a vacunarse.

El consejo es que todas las pacientes embarazadas, con las vacunas que actualmente tenemos, son seguras y las recomendamos ampliamente para que las pacientes se vacunen. Lo único que se hizo fue que las pacientes embarazadas no se vacunaron en el primer trimestre, puesto que es la primera parte del embarazo, donde se está desarrollando el bebé y a pesar de que en teoría no debería haber

problemas y de que algunas pacientes embarazadas se vacunaron en el primer trimestre y no hubo ningún problema, en líneas generales, como pauta, se trata de no recomendar en los primeros meses por una posibilidad a futuro que no sabemos, que afecte al bebé, que genere algún efecto teratogénico.

En Venezuela, la sociedad de obstetricia dio la pauta de aplicar la vacuna a partir de la semana 14 de embarazo, estamos hablando a partir del primer trimestre para colocar el esquema de vacunación de la embarazada. Si pasan los 6 meses, que eso surgió recientemente, lo de colocar una dosis de refuerzo a los 6 meses, generalmente a la embarazada le va a tocar una dosis ya al final del embarazo, también recomendamos que si ya pasaron los 6 meses que se coloque la dosis de refuerzo. En otros países, el esquema es un poco más fácil, tiene otro tipo de vacunas. En Venezuela, nosotros tenemos nada más las vacunas Sinopham, Sinovac o la Spunik, que son de dos dosis. De igual manera, recomendamos un esquema inicial con estas vacunas o una dosis de refuerzo si es posible a los 6 meses, en el caso de la Spunik light, que es la primera dosis, digamos que podría ser la más ideal que con la china, que no hay mayores estudios. Pero en general, pregonamos a qué se coloquen la vacuna y después un refuerzo, porque es una población de riesgo para la enfermedad y debe recibir la vacuna.

7. ¿Ha tenido alguna paciente embarazada que haya fallecido por COVID-19? ¿Cuáles son las tasas de mortalidad en estos casos?

Por suerte en la institución no hemos tenido ningún caso de muerte materna. Yo atendí a la única paciente que ha tenido la clínica con enfermedad moderada, el resto de las pacientes que han venido, han sido por pruebas positivas, que están para resolución del embarazo, salieron positivas y se les atiende el parto o pacientes que salen positivas y se hospitalizan por alguna razón. Pero realmente, la que se ha hospitalizado por enfermedad moderada es esta paciente que atendí en el mes de agosto, una paciente que casi estuvo a punto de ser una enfermedad grave e ingresar a terapia intensiva, por suerte evolucionó relativamente bien. Ingresó con 28 semanas de embarazo y la resolvimos a la semana casi 30 de embarazo porque rompió membranas, ella en ese momento estaba empezando a deteriorar la parte de la oxigenación, ingresamos con una oxigenación sencilla y después una cánula de alto flujo, que es un procedimiento un poco mayor en la

parte de oxigenación, con sus valores estuvo a punto de ir a terapia y eso posiblemente no hubiese sido lo mejor, rompió fuentes, se le practicó una cesárea, el bebé estuvo mucho tiempo en terapia intensiva en la clínica, después fue referido a un hospital, el bebé ya tiene más de un año, fue un bebé que creció sin problemas a pesar de la prematuridad, que es una de las complicaciones principales, la prematuridad, que eso trae consecuencias generalmente para el bebé, junto con lo de la presión alta, que origine que se tenga que interrumpir el embarazo, que se obtenga un bebé prematuro.

La mortalidad en Venezuela, las estadísticas que tenemos ha sido una enfermedad mucho más leve para cualquier adulto como para las mujeres embarazadas, no ha habido muchos casos. La OPS habla que para el año 2020, el primer año de pandemia, la mortalidad materna estaba alrededor 0,1%, para el año 2021 está reportado el 0,6% de mortalidad a nivel de las Américas.

En Venezuela, se reporta una mortalidad materna del 1,8%, fueron 390 casos, no es de las más altas de las Américas pero del promedio en general, si está un poco por encima. En líneas generales, en Venezuela no hubo una alta tasa de mortalidad, a pesar de que el riesgo de que una mujer embarazada con COVID tenga 2.7 más de que tenga el aumento de la presión arterial, la complicación más frecuente y casi 3 veces más de enfermedad o morbilidad del recién nacido y de la mortalidad perinatal, que incluye madre e hijo, es un riesgo 2 veces más que una embarazada normal. Cuando la paciente es un caso moderado, tiene 5 veces más del riesgo para el neonato y 2.5 más para la madre. Las cifras hablan con respecto a las embarazadas, el tener COVID da un riesgo alto de mortalidad perinatal, en líneas generales.

8. ¿Cómo son los partos con madres positivas a COVID? ¿Qué medidas de seguridad se implementan, es un proceso diferente?

Al principio, el temor era muy grande porque con el poco conocimiento de la enfermedad, el parto por vía vaginal, el riesgo de transmisión y contaminación al personal médico era altísimo, porque generalmente la mujer en el trabajo de parto, en especial al final cuando está a punto de parir, la mujer tiene que pujar, muchas veces grita y todo eso por supuesto transmite aerosoles, que es la fuente donde

más se pueden contagiar las personas, el médico está al frente de la cabeza y boca de la paciente, a menos de un metro, cuando las recomendaciones son un metro y medio para evitar el contagio.

Los riesgos para que un obstetra a nivel de un parto vaginal se contagiara era altísimo. La norma decía que ella debería tener una mascarilla pero imagínese una mujer en medio de un trabajo de parto con una mascarilla, que le dificulta respirar, etc. A veces era imposible que tuviera una mascarilla, por más que en ese momento uno tuviera las mascarillas, las mascarillas quirúrgicas, los face shield, etc., en el ambiente iba a tener muchos aerosoles con posibilidad de contagio para todo el que estuviera ahí, en un cuarto relativamente cerrado.

En líneas generales, nos dio mucho miedo el atender partos por vía vaginal y en principio, se prefirió la vía por cesárea. Más adelante, cuando empezamos a conocer un poco más, se mejoraron algunas cosas, pues entonces le tuvimos un poco de menos miedo a los partos vaginales, con todas las medidas de bioseguridad, pero en líneas generales, la mayoría de los obstetras piensan que quizás la vía más idónea para evitar un poco el contagio, sigue siendo la cesárea, donde uno tiene mayor control de toda esta parte. Pero no está contraindicado el parto vaginal, mientras estén todas las medidas de bioseguridad.

9. ¿Hubo una disminución del personal, como enfermeros, para disminuir el riesgo de contagio?

Las personas al principio no querían prácticamente ni entrar, tenían mucho temor, mucho miedo, inclusive cuando los pisos de hospitalización con pacientes COVID no fue fácil. Hubo que hacer charlas, tuvimos que preparar con videos de cómo debían vestirse, cómo debían comportarse, pero a pesar de eso había mucho miedo de ingresar al área a pesar de tener todos los controles, puesto que en un descuido ya pensabas que te ibas a contagiar, con un enfermedad que puede tener graves complicaciones. Puede haber enfermedades con mayores complicaciones, como puede ser el Ébola, que son prácticamente mortales, pero igualmente la gente tenía mucho miedo a entrar.

Sin embargo, siempre había un restricción, en los partos y cesárea normalmente entraba el personal mínimo indispueta, no era el equipo completo, ya que entraban

y salían, ya que sabemos que a mayor aglomeración de personas, el riesgo de contagio era mucho mayor, eso hasta el día de hoy relativamente se mantiene.

10. ¿Atendió a algún paciente infectado que estuviera fuera de su especialización?

Sí, de alguna manera, personas conocidas y allegadas, pero lo más son las pacientes embarazadas en consulta donde hemos visto este tipo de patología, porque la especialidad te lleva.

11. ¿Le dio COVID?

Todavía no lo sé, yo pienso que posiblemente fue en el exterior y no necesariamente durante el trabajo. Las estadísticas de Venezuela, de Médicos Unidos por Venezuela, la mayoría de los médicos que han muerto durante la pandemia han sido obstetras, es algo que nos preguntábamos los colegas médicos en general, por qué la mayoría de los obstetras se estaban muriendo, y nos preguntábamos entre todos si nos descuidábamos más. Yo pienso que hay condiciones que a uno lo hacen más vulnerables, una es que la mayoría de las pacientes son asintomáticas, y entonces ahí hay posibilidad de descuido y de contagio, y lo segundo es lo de los partos, ese momento con las pacientes pujando, es una posibilidad mayor de contagio. No te sé decir por qué, pero es una realidad que la mayoría de los que han fallecido son obstetras.

12. ¿Hay alguna noticia falsa que usted desmienta?

Una de la que más nos ha molestado y no estamos de acuerdo, es con el caso de la vacunación, en mi caso, la vacunación en embarazadas, que puede afectar a los bebés, o nacer con algún tipo de problema, es algo que nos llamó mucho la atención y estamos totalmente en desacuerdo. Es una lucha que tenemos para que todas las mujeres embarazadas se vacunen, es una lucha día a día, porque todavía hay muchas que piensan si se deben vacunar o no.

Con respecto, al principio de la pandemia había mucha mala información en relación a la fuente, de cómo se contagiaba y uno tenía que aclarar en su entorno cómo era la forma de contagio, había mucha exageración, en relación a las medidas, las que todavía se mantienen son un buen lavado de manos, sobretodo la protección de vía

aérea, es lo que exigíamos más, porque las personas pensaban que te podrías contagiar de cualquier cosa. Uno tenía que hacer la labor de desmentir todos esos mitos y mentiras que salieron al principio.

El lavado de manos en general en medicina, siempre es importante, porque una de las principales fuentes de contagio para cualquier enfermedad infecciosa, es a través de las manos, y hay personas que nos tocamos la cara muchas veces al día, teniendo contagio con ojos, mucosa, y eso puede ser una vía de entrada de gérmenes. Hoy en día, pienso que el contagio a través de las manos es muy baja, puede ocurrir pero es bajo, pero la gente se tiene que proteger y es lo que más descuida. Hay personas que se lavan las manos y se echan alcohol, pero andan sin mascarillas, conversando sin ningún tipo de cuidado, cuando realmente dónde más te vas a contagiar es si no estás protegido con una mascarilla a nivel respiratorio, el virus entra por las vías respiratorias, si no te cuidas ahí te vas a contagiar de alguna manera.

13. Hoy en día, ¿usted cree que volvió el orden y la normalidad en su área?

Yo creo que hay normalidad, inclusive a finales de ese año, en líneas generales, nosotros como médicos conocíamos mucho mejor la forma de contagio, dónde teníamos que cuidarnos mucho más, etc., en la parte obstétrica. Y la necesidad de que esas pacientes deberían verse, porque a uno le angustiaba una paciente que fuera prácticamente a ciegas controlándose sin saber que estaba pasando, sin ningún ultrasonido, porque capaz otros síntomas los puedes manejar con telemedicina, pero cómo haces un ultrasonido y ver qué está pasando con esos embarazos, sobre todo con embarazos que pueden ser embarazos de riesgo. Entonces ya a finales de ese año 2020, ya empezamos, de manera restringida, a ver los controles obstétricos, los controles ginecológicos si se demoraron mucho más, eran algunas emergencias repelativas, en la parte ginecológica. De ahí en adelante, hasta este año, la parte obstétrica se ha restablecido, uno ve a las pacientes en todos sus controles, a pesar de la pandemia.

14. ¿En estas pacientes que los controles no eran normales existió automedicación, se enfrentó a eso y a sus consecuencias?

No, generalmente la paciente embarazada poco se automedica, puesto que sabe que está embarazada, entonces siempre le da miedo tomar cualquier cosa, entonces ahí sí había mucha consulta, tengo tal síntoma, tengo tal otro y cualquier cosa, uno por vía telefónica, uno resuelve indicar el tratamiento, pero en líneas generales, ahí generalizo pues, la salud sí se vio muy deteriorada.

La pandemia ha traído cosas que a veces no se nombra mucho, pero la salud en líneas generales del ser humano se vio muy deteriorada porque no estoy hablando y eso pasa factura, pues, alguna paciencia que no se hizo su chequeo ginecológico, no se hizo una mamografía, tenía una lesión pre cancerosa, etc., no fue vista y cuando vino al año y pico a lo mejor ya tenía un cáncer de mama que estaba corriendo en el tiempo. Las pacientes ya con diagnósticos de alguna patología pues no recibieron el tratamiento adecuado oncológico o no oncológico y por supuesto eso afectó la salud de millones de personas y eso no se dice mucho, se habla mucho de que la pandemia trajo lo que es el COVID que en líneas generales y lo que él produjo, pero detrás de cama, por decir algo, la salud por otras áreas, los pediatras, los niños a veces por su puesto los esquemas de vacunación a lo mejor no se llevaron a cabo, independientemente de condición país en que Venezuela por su puesto hay un tema de eso con las vacunaciones, pero en líneas generales, a nivel mundial los controles pediátricos, la vacunación algunas veces se vieron afectados, pues generalmente originó desde el punto de vista sanitario graves problemas y secuelas que por supuestos no sabemos rendirte, en cifras, pero sí que por supuesto ocurrieron.

15. ¿Siente el COVID le dejó algo, una enseñanza en particular, que se lleva usted del COVID?

Realmente muchas enseñanzas, uno la solidaridad de alguna manera, de las personas con otras, a veces también se vio lo peor del ser humano, puesto que a veces lo contrario a esa solidaridad, el rechazo, la falta de ayuda hacia otras personas, nos enseñó que era algo anunciado y tristemente nadie se preparó para eso, quizás los médicos siento yo que relativamente , puesto que unen su formación y en su conocimiento que unos tienen están más preparados a este tipo de contingencias, pero siento que la sociedad y los gobiernos en líneas generales no hicieron las medidas que debieron hacer y yo creo por supuesto que el más sufre es

la población, pero el gremio médico o trabajador sanitario, que incluye a los médicos, enfermeras, al que limpia, al técnico radiólogo, todos lo que alguna manera estamos en las instituciones de salud realmente fueron lo que más sufrieron, puesto que uno depende de la ayuda de los gobiernos, de cualquier gobierno de alguna manera no solamente en las medidas de bioprotección y que en uno a lo mejor fue muy buena, en algunos países y en otros por supuesto fue muy mala y pésima que llegó al contagio de muchos colegas y trabajadores sanitarios y a veces uno trabajo muy solo de todo esto, inclusive colaboré por donaciones a otras instituciones de salud en los residentes que eran los que estaban en la primera línea de batalla en esta enfermedad sobre todo en ese primer año que es el año que fue más terrible en ese sentido y entonces en eso se vio muy solo.

Hay una película francesa que ahorita no me acuerdo el nombre, yo se la recomiendo porque ahí de una manera quizás un poco jocosa nos muestra un brevemente a través de los personajes el comportamiento de diferentes personas a través de la pandemia, de verdad que recomiendo, me pareció muy buena, eso es lo que uno vivió y sobre todo vivió lo que es la soledad como paciente, cuando uno está ahí como solo hospitalizado, inclusive en el mío propio, cuando uno está hospitalizado de verdad que se siente muy solo y aislado de todas las personas y es lo que uno vive en el día a día de las pacientes que uno ve en la clínica

Nosotros hicimos un programa a través del servicio de hotelería, las chicas entraban al área COVID y con un celular pues hacían videollamadas a sus familiares, muchos de ellos vivían en el extranjero y no sabían qué les pasaba a sus familiares que estaban hospitalizados, uno está aislado totalmente, básicamente la única persona que se veía era a través de un mono blanco que lo único que ves son los ojos y te sientes como muy solo pues

Afecta porque uno ve pacientes en terapia y de verdad que esa soledad, se muere sin tener la familia a su lado.

A nosotros no nos gusta que nos digan héroes porque al final es nuestra profesión, por lo cual estudiamos y lo hacemos día a día, simplemente somos colaboradores y

en líneas generales no nos gusta que nos llamen héroes, pero bueno si de verdad que fuimos la primera línea de enfrentar toda esta enfermedad.